B[illegible]ECA MEDICA CONTEMPORANEA

Dott. EMILIO KRAEPELIN
Professore di Psichiatria nell'Università di Monaco

TRATTATO

DI

PSICHIATRIA

TRADUZIONE SULLA VII EDIZIONE ORIGINALE

per il

DOTT. GUIDO GUIDI
Aiuto alla Regia Clinica Psichiatrica di Roma

SOTTO LA DIREZIONE E CON PREFAZIONE

del

Professore A. TAMBURINI
Prof. di Psichiatria nella R. Università di Roma

VOLUME II

Psichiatria Speciale

CON ILLUSTRAZIONI INTERCALATE E XIII TAVOLE

CASA EDITRICE
DOTTOR FRANCESCO VALLARDI
MILANO
NAPOLI - FIRENZE - ROMA - TORINO
[illegible]GO - BOLOGNA - GENOVA - PISA - PADOVA - CATANIA - CAGLIARI - SASSARI - BARI
TRIESTE - BUENOS - AIRES - MONTEVIDEO - SAN PAULO - ALESS. D'EGITTO

BIBLIOTECA MEDICA CONTEMPORANEA

Dott. EMILIO KRAEPELIN
Professore di Psichiatria nell'Università di Monaco

TRATTATO
DI
PSICHIATRIA

TRADUZIONE SULLA VII EDIZIONE ORIGINALE
per il
DOTT. GUIDO GUIDI
Aiuto alla R. Clinica Psichiatrica di Roma
SOTTO LA DIREZIONE E CON PREFAZIONE
del
Professore A. TAMBURINI
Prof. di Psichiatria nella R. Univ. di Roma

VOLUME II
Psichiatria Speciale

con 41 figure e 13 tavole

CASA EDITRICE
DOTTOR FRANCESCO VALLARDI
MILANO
NAPOLI - FIRENZE - ROMA - TORINO
PALERMO - BOLOGNA - GENOVA - PISA - PADOVA - CATANIA - CAGLIARI - SASSARI - BARI
TRIESTE - BUENOS - AIRES - MONTEVIDEO - SAN PAULO - ALESS. D'EGITTO

PREFAZIONE

La Psichiatria odierna attraversa un periodo di transizione e di evoluzione quale forse mai si è verificato, e mai come ora si sono in essa e per essa suscitati tanti e complessi problemi, i quali, per quanto posti con chiara visione della loro portata, attendono e attenderanno ancora per molto tempo la loro soluzione.

L'indirizzo della Psichiatria è stato, volta a volta, ora puramente sintomatico e psicologico, ora etiologico, ora di prevalenza anatomico, sebbene di quando in quando, per opera di menti geniali, si affermasse l'indirizzo eclettico colla tendenza a riunire in una sintesi tutti i varj elementi fondamentali ed integrativi di una completa Patologia mentale.

Quando lo studio delle malattie della mente cominciò a costituirsi a corpo di scienza, essa non poteva fondarsi necessariamente che sulla base dell'elemento *sintomatico*, e, per l'assenza completa dei metodi di ricerca nevrologica, il sintoma che poteva essere indagato era soltanto quello *psichico*. E Chiarugi, Pinel, Esquirol e Guislain fondarono la Psichiatria sulla base della sintomatologia psicopatologica; ma, specialmente per le menti acute, profondamente indagatrici dei due ultimi, nutriti di ricca esperienza clinica, balzarono così limpidi e completi alcuni quadri clinici più appariscenti, che questi hanno poi sempre conservato la loro importanza ed individualità anche attraverso le ulteriori fasi e sviluppi subiti dalla Psichiatria ed hanno trovato posto in quasi tutte le successive classificazioni.

La Clinica delle malattie mentali era ormai fondata e per quanto, per necessità di tempi, unilaterale nell'indirizzo e limitata nel campo d'osservazione, segnava la prima colonna miliare al trionfale cammino che la Psichiatria doveva seguire nella sua evoluzione.

E malgrado i pericoli di radicale deviazione rappresentati dalla Scuola così detta *psichica* di Heinroth, che, attribuendo l'origine d'ogni malattia mentale alle passioni, ai peccati, alle colpe, respingeva ogni

indagine obiettiva, il fondamento clinico prese il sopravvento, soprattutto per la geniale opera di Griesinger, tutta basata sull'anatomia normale e patologica e sull'osservazione psicologica e clinica.

L'indirizzo *etiologico* ebbe il suo grande rappresentante in Morel colla dottrina antropologico-psichiatrica della *degenerazione*, la quale amplificata ed applicata anche con eccessiva larghezza dai suoi seguaci, specialmente da Moreau de Tours, invase per qualche tempo tutto il campo della nosografia psichiatrica, divenendo il fondamento e il criterio quasi esclusivo nella divisione e nella patogenesi e perfino nella sintomatologia e nei metodi d'esame delle malattie mentali, ritenute per la maggior parte come effetti fatali della degenerazione, come manifestazioni di precoce e ineluttabile decadenza. Ma lo studio accurato della natura dei così detti caratteri degenerativi, e le più esatte nozioni, assodate da ricerche sperimentali, sulla genesi biopatologica di essi e delle anomalie nervose in genere, non che degli stessi arresti di sviluppo e le nuove vedute sull'influenza della rigenerazione, hanno ridonato il debito valore ai fattori patologici e alla completa indagine clinica, pur restando conquistati alla Psichiatria i risultati più positivi delle dottrine di Morel e di Lombroso, cioè le nozioni più accertate sulle condizioni etiologiche della pazzia, e l'importanza della ricerca antropologica per la determinazione soprattutto dei fattori congeniti nella genesi delle anomalie della personalità.

L'indirizzo *psicologico* nella Psichiatria fu magistralmente iniziato dalla mente geniale di Maudsley. Egli trovava sino allora un « malaugurato divorzio » fra la fisiologia e la patologia della mente: le nozioni psicologiche non arrecavano alcun utile contribnto ai problemi della Patologia mentale, e gli alienisti, mentre approfondivano sufficientemente lo studio delle varie forme di pazzia, trattavano però tale argomento come se appartenesse ad una scienza affatto distinta da quella che studia la psiche normale. Egli si propose di fissare e coordinare tutti i dati positivi acquisiti sulle condizioni fisiche delle funzioni mentali, e sui rapporti fra i fenomeni della mente sana e della mente ammalata, in modo che questi potessero alla lor volta servire alla interpretazione dei difficili problemi della Scienza mentale. E tali intenti, in relazione allo stato della scienza d'allora, egli conseguì egregiamente colla sua ammirabile opera sulla *Fisiologia e Patologia della mente*, le cui successive edizioni si avvalsero sempre più delle nuove conquiste della Psicologia fisiologica. I cui progressi, soprattutto pel fervido lavoro della Scuola di Wundt, col sottoporre i fenomeni del pensiero, considerati come fatti biologici, alla misura e alle leggi del tempo e dello spazio,

e collo scrutare con mezzi sperimentali gli elementi più intimi della psiche, sino a cercar di penetrare nel campo misterioso dell'incosciente, parvero illuminare di luce improvvisa e sfolgorante tutta la Psichiatria e che la ricerca psicologica nelle malattie della mente dovesse squarciare tutti i veli che ascondevano i misteri della psiche normale e morbosa e risolverne i più ardui ed oscuri problemi. E sebbene l'indagine psicologica, per quanto con indirizzo sempre più sperimentale, non abbia mantenuto per la Psichiatria le sue brillanti promesse, come quella che non può illiminarci sulla natura intima delle condizioni genetiche delle malattie psichiche, ha però fornito alla Clinica preziosi sussidj di elementi semejotici, scindendo la funzione psichica nelle sue attività elementari, determinandone le singole alterazioni, misurandole ed obiettivandole mercè rigorosi metodi d'esperimento.

L'indirizzo *anatomico* ebbe il suo grande propugnatore in Meynert, che pose pel primo a fondamento scientifico della Psichiatria, da lui definita la *Scienza delle malattie del cervello anteriore*, la struttura anatomica del cervello, e la comprensione dei processi psichici normali e morbosi mercè l'indagine istologica. E di poi le scoperte succedentisi con meravigliosa rapidità sulla conformazione, la struttura intima, i reciproci rapporti degli elementi nervosi fra loro e colle vie periferiche, le interpretazioni e le dottrine su di esse formulate, integrantisi colle ricerche sperimentali sulle localizzazioni funzionali del cervello, mentre fecero sorgere la previsione di poter distinguere dalla struttura le funzioni dei singoli elementi, suscitarono la speranza di poter spiegare anche il meccanismo anatomico dei fatti psichici normali e morbosi. E di questo indirizzo eccessivamente meccanicistico in Psichiatria fu luminoso ma solitario rappresentante il Wernicke, colle sue geniali vedute su una Patologia mentale a base delle localizzazioni cerebrali e soprattutto dello schema anatomo-fisiologico del linguaggio. Le ricerche istologiche formarono per molto tempo il punto culminante dell'attività dei psichiatri, sino a trascurare quasi lo studio clinico come cosa d'interesse affatto secondario, di fronte a quell'unica sorgente di progresso che era l'indagine anatomica. La quale ha di poi assunto il suo giusto posto in Psichiatria, come una, ma non l'unica, delle basi essenziali che ne costituiscono l'organismo scientifico e una delle fonti principali dei suoi maggiori progressi.

L'indirizzo *eclettico*, soprattutto nella classificazione dei morbi psichici, si deve specialmente al Krafft-Ebing, il quale adottando a un tempo il criterio etiologico, quello sintomatico, e quello anatomico, a seconda che nella conoscenza delle varie forme morbose si erano fatti

maggiori progressi nell'un senso o nell'altro, ha dato forma e corpo ad una serie di quadri nosografici, la maggior parte dei quali restano ormai come capisaldi in Patologia mentale. E lo stesso indirizzo fu seguito da Schüle, finissimo indagatore di ogni sfumatura psicopatologica, a cui nocque forse la troppa sottigliezza dell'analisi e l'eccessiva divisione e suddivisione delle specie, sottospecie e varietà morbose.

Ed è giusto riconoscere che la Psichiatria Italiana, pur seguendo e contribuendo e talora promovendo questi diversi indirizzi nel loro lato utile ed efficace, mentre non si è mai discostata dal metodo severo dell'osservazione clinica, ha sempre con razionale eclettismo coltivate tutte le branche fondamentali ed affini, utilizzando ai suoi fini essenziali tutti i copiosi elementi da esse forniti, come sempre eclettico è stato il metodo clinico da essa seguito, avvalendosi d'ogni sorta di indagini per raggiungere i suoi obiettivi.

E giungiamo ora all'opera in gran parte rinnovatrice e grandemente feconda del Kraepelin, che è mirabilmente riassunta nel Trattato che ora vede la luce in veste Italiana.

Veramente per quanto possa apparire tutto speciale l'indirizzo da lui dato alla Psichiatria, esso però si è affermato e svolto con metodi e risultati pienamente eclettici.

Infatti l'attività del Kraepelin e dei suoi allievi si svolse dapprima nel campo della Psicologia fisiologica ed anche in questo Trattato l'indagine psicofisiologica è sempre segnalata fra i più efficaci mezzi di studio semejotico nelle varie forme morbose. E nei laboratori di Heidelberg e di Monaco, le ricerche istopatologiche di Nissl e di Alzheimer sui centri nervosi hanno aperto nuovi campi di studio ed hanno grandemente contribuito a stabilire quei quadri istopatologici d'insieme, che permettono già di ricostruire il processo patologico e il meccanismo patogenetico di alcune psicosi, di quelle almeno in cui sono evidenti lesioni organiche. Ed il Kraepelin, sotto i cui auspici si svolsero tali ricerche, ne ha fatto la più ampia applicazione nella trattazione delle singole forme morbose, integrandone, ogni volta che gli è stato possibile, il lato anatomopatologico.

Ma il merito principale del Kraepelin, che caratterizza in modo speciale l'indirizzo da lui dato alla Patologia mentale, sta nell'aver posto a fondamento di ogni studio psichiatrico l'osservazione continuata del malato, in modo da costituire una nosologia descrittiva basata sul quadro d'insieme della malattia, considerata in tutta la sua completa evoluzione. E infatti è col seguire con cura paziente l'iniziarsi, lo svolgersi, il variare dei fenomeni in tutte le sfere funzionali, psichiche, nervose

ed organiche, col tener dietro al loro andamento e alle trasformazioni che subisce il quadro morboso coll'avanzar del tempo, e all'accentuarsi progressivo di alcune precipue manifestazioni e al profondo rimutarsi e spesso al crescente logorio delle funzioni fondamentali, col raffrontare e ricollegare le sindromi attuali colle fasi percorse e i casi simiglianti ma non mai identici fra loro, arrivando così con lunga e paziente indagine sino a seguirne l'esito finale, che è sgorgata una fonte copiosa di fatti nuovi, che si sono dischiusi novelli orizzonti, e che si è trovata la soluzione di parecchi oscuri problemi e se ne sono affacciati di nuovi, e soprattutto si sono delineati nettamente quadri morbosi e balenate sintesi e leggi atte a rischiarare la comprensione di molti fatti psicopatici. E ne balzarono fuori nuove immagini cliniche, sotto le quali potè raggrupparsi, in modo affatto naturale e spontaneo, una serie grande di casi che per lo innanzi erano difficilmente interpretabili od erano spesso in modo forzato tirati nell'una o nell'altra delle preesistenti categorie nosologiche, e si acquistarono dati preziosi che già sin dalle fasi iniziali permettono di argomentare all'ulteriore decorso ed all'esito finale, fornendo così il criterio più essenziale che è quello del pronostico. È con tale metodo che il KRAEPELIN, è riuscito, da un gran numero di casi clinici, studiati con fine spirito d'analisi, seguiti con cura assidua per lunghi periodi nella loro evoluzione, a desumere quei nuovi quadri nosografici, che hanno in gran parte rinnovato la vecchia Patologia mentale, mentre nel tempo stesso ne emergevano nettamente delineati i molti problemi che tuttora restano aperti.

Le principali innovazioni arrecate da KRAEPELIN nella nosografia psichiatrica sono soprattutto:

1.° La riunione sotto un quadro unico di tutte le forme ebefreniche e catatoniche di HECKER e KAHLBAUM, allucinatorie, deliranti, paranoidi, raggruppate nella figura clinica della *Demenza precoce*, cioè di una malattia che insorge durante il periodo della vita sessuale ed è caratterizzata da un processo demenziale sino dall'inizio della forma morbosa. Ed in essa rientrano anche molte forme che erano designate come demenze acute, stupidità acute, psicosi sensoriali da un lato, e dall'altro molti casi che innanzi erano conglobati colla paranoja e che hanno tutte il carattere fondamentale comune dell'insorgere più o meno sollecito dello stato demenziale. Ed egli ha anche cercato di fornire gli elementi diagnostici per potere sino dai primi stadj della malattia stabilire l'esistenza di questa forma morbosa (che nella sua grande, anche eccessiva, estensione, comprende casi così differenti nella loro fisionomia

clinica), in modo da permettere di istituire un pronostico che in questa malattia è quasi sempre infausto.

2.° L'aver riformato il concetto della *Mania* e della *Melanconia*, ritenute per lo innanzi come forme puramente acquisite, staccate, indipendenti (idiopatiche), sviluppantisi in cervelli precedentemente sani, riportandole ad una diatesi costituzionale prevalentemente ereditaria e riducendole a semplici fasi della *Psicosi maniaco-depressiva*, nella quale ha raggruppato tutte le forme periodiche, intermittenti, circolari, ecc., e offrendo così anche in questo campo dati importanti pel pronostico, per la determinazione dell'elemento degenerativo e per la quasi certezza della recidiva, in forme che prima (certo perchè non seguite nella loro ulteriore evoluzione) si ritenevano quasi sempre e stabilmente guaribili.

3.° La determinazione della *Melanconia* come forma indipendente soltanto nel periodo involutivo della vita, riunendo tutte le forme depressive dell'età tardiva nell'unico quadro della *Malinconia involutiva*.

4.° L'aver depurato la *Paranoja* da tutte quelle forme di deliri paranoidi che prima erano con essa confusi, restringendone così la frequenza e delineandone nettamente la figura clinica.

5.° L'aver chiaramente determinato i quadri clinici delle *Psicosi tossiche, infettive, senili*, delle *personalità psicopatiche*, ecc., e di aver fatto una speciale categoria delle malattie psichiche dovute ad alterazioni delle secrezioni interne, limitate per ora al gruppo delle *Pazzie tiroidee*.

Tuttociò, che è il risultato di un lungo ed assiduo lavoro del Kraepelin, proseguito per oltre 20 anni, cioè dalla 1.ª edizione del suo Trattato nel 1883 fino ad ora, con continue trasformazioni, aggiunte e completamenti, sempre informati ad un principio clinico fondamentale, ha avuto il gran merito di produrre un notevole rimutamento nelle dottrine dominanti in Psichiatria, di richiamare maggiormente l'attenzione sull'indagine clinica, ponendo a base della nosografia psichiatrica il concetto clinico evolutivo e patogenico; di suscitare studj e discussioni dovunque, ed anche nel seno della stessa scuola di Kraepelin, tra gli uni per combattere le sue dottrine ma obbligandoli ad una feconda revisione di fatti e di principj su cui pareva esaurito od inutile ogni studio o discussione: tra gli altri per meglio delineare e sfrondare i quadri nosografici da lui istituiti; e soprattutto di accrescere l'importanza e la consistenza del criterio pronostico, in cui prima dominava la più grande incertezza, e infine di aver potentemente contribuito a togliere la Psichiatria del suo isolamento, riavvicinandola sempre più alla Clinica generale.

Per altro un gran numero di problemi di altissimo interesse e suscitati in gran parte dagli stessi concetti introdotti dal KRAEPELIN restano tuttora aperti nel campo clinico delle malattie mentali, oltre i moltissimi che restano ancora a risolvere nel campo anatomo-patologico e in quello eziologico e patogenico. E infatti sia le rinnovate vie d'indagine clinica e sperimentale, che i nuovi metodi di ricerca istopatologica, come le recentissime ricerche sul ricambio, più dei contributi già arrecati, schiudono nuovi orizzonti che ci fanno travedere novelli e vasti campi ancora da conquistare.

E così per limitarci al solo campo, più obbiettivo, clinico ed anatomo-patologico (poichè si può dire che lo studio patogenico delle malattie mentali è ancora tutto da fare) è un problema tuttora aperto quello di un' esatta classificazione di quadri nosologici, che in base alla rispondenza della fenomenologia clinica colle lesioni anatomiche, distingua e delinei le forme molteplici che ancora si accomunano nella sindrome gigantesca della *Paralisi progressiva*. Ciò potrà forse raggiungersi sulla base di una anatomia patologica topografica, che stabilendo la sede e la diffusione delle alterazioni corticali sia in estensione che in profondità (studio già iniziato colle recenti ricerche di NISSL e di ALZHEIMER), in relazione alle varie sindromi cliniche e al loro decorso, permetta di raggrupparne la casistica o in tanti quadri clinici ben distinti, oppure come tante varietà di una forma clinica tipica, eliminando, con una accurata cernita, tutte quelle forme che, pur con molte rassomiglianze, non appartengono alla vera paralisi progressiva.

Un problema del più grande interesse ancora da risolvere è quello di una completa nosografia a base etiologica, anatomica e patogenica delle *Epilessie*. Per quanto la differenziazione delle epilessie da lesioni localizzate del cervello, delle epilessie tossiche arteriosclerotiche abbiano di molto ristretto il territorio, un tempo vastissimo, dell'epilessia idiopatica, pure molto resta ancora a fare in questo campo. Perchè mentre da un lato tutto porta a ritenere che nella massima parte dei casi di epilessia essenziale entri come fattore patogenico precipuo una lesione localizzata del cervello, che bene spesso s'intuisce dalla localizzazione dei sintomi specialmente iniziali dell'accesso epilettico, e si riscontra ben di sovente ad un diligente e minuzioso esame del cervello, tanto da prevedersi che si potrà arrivare a non parlar più di epilessia idiopatica, dall'altro anche nella sindrome clinica dovranno esser meglio distinti dei quadri caratteristici in una forma così complessa, che oggi va dalla semplice nevrosi accessuale alle più gravi manifestazioni psicopatiche e dalla imbecillità alla delinquenza ed al

genio, e così spesso si confonde e si mescola, con sintomi psicogeni, alla neurosi isterica, dalla quale è pure da attendersi una più esatta delimitazione.

Una sindrome che ancora abbisogna di una netta distinzione delle singole forme in quadri nosologici ben distinti, collegati a determinate condizioni patogeniche, è quella dell'*Amentia*, nella quale oggi si amalgamano casi che vanno dal semplice stupore confusionale guaribile, all'imponente e fatale delirio acuto, e in cui spesso si comprendono, per mancanza di sicuri segni clinici differenziali nel periodo iniziale, casi il cui decorso ulteriore li dimostra appartenenti alla demenza precoce o a quelle periodiche. È appunto la ricerca di questi segni differenziali iniziali che deve formare oggetto di accurate indagini semiologiche, onde costituire il quadro nosografico della Amenza pura, che, come osserva il Kraepelin, deve sempre accompagnarsi con più o meno grave deterioramento delle condizioni fisiche. Seppure una più esatta determinazione delle condizioni etiologiche e patogeniche non permetterà di riconoscere sempre più nel quadro dell'Amentia una semplice sindrome psichica e somatica, che può appartenere alle più diverse condizioni morbose, anch'esse da determinarsi.

Ma la forma morbosa su cui più vertono oggi le discussioni e che ha più bisogno di uno studio approfondito e a larghissima base, è la *Demenza precoce*. Lo stesso Kraepelin ha francamente riconosciuto che sotto questa denominazione si accumulano e si fondono oggi, anche in modo eccessivo, le forme morbose le più disparate e che sia la denominazione (alla quale sarebbe preferibile sostituire quella più chiara di *Demenza primitiva*), come la figura clinica di questa malattia colle sue attuali ripartizioni, dovrebbero essere considerate di carattere assolutamente provvisorio. Essa in origine fu basata essenzialmente sui criterj dell'età e dell'esito. Ora l'ulteriore esperienza clinica dello stesso Kraepelin e tutto l'enorme contributo apportatovi dai psichiatri d'ogni parte, ha dimostrato la non assoluta esattezza di tali criterj, sia perchè i limiti dell'età dovettero da quella giovanile esser molto allargati sin quasi all'età senile, sia perchè si è rilevato che molti casi con sindrome bene spiccata di demenza precoce possono volgere a guarigione. Il che fa ritenere intanto che tutta l'enorme casistica attribuita a queste forme morbose debba subire una prima grande divisione nosografica delle forme inguaribili e di quelle guaribili, o a meglio dire che debbano essere costituiti due quadri nosografici ben distinti a seconda dell'esito, a cui certamente uno studio accurato delle cause e della sintomatologia farà riconoscere speciali caratteristiche, da per-

metterne sin da principio la differenziazione. E la stessa suddivisione delle forme demenziali sinora adottata dal Kraepelin in semplici, ebefreniche, catatoniche, paranoidi, lascia già, in base all'esperienza clinica, che dimostra soprattutto la frequente mescolanza dei sintomi dell'una e dell'altra, scorgere la necessità di una migliore ripartizione a base non soltanto sintomatica ma anche etiologica e patogenica, e di sceverare dalle forme attuali, specialmente da quelle catatoniche e paranoidi, altri gruppi appartenenti a forme diverse. Ma per riuscire a ciò è necessario che nei Manicomj e nelle Cliniche la massa così trascurata e pur così interessante dei dementi venga accuratamente studiata e seguita per lungo tempo, col metodo che ha permesso al Kraepelin di portare le sue innovazioni nosografiche, e che permetterà di raggiungere l'intento finale, che è, come egli si esprime, quello di ricostruire dallo studio terminale il decorso precedente e prevedere fin dalla fase iniziale il decorso ulteriore. Il decidere poi se nei diversi quadri clinici si tratti di processi morbosi essenzialmente differenti o di diverse localizzazioni di uno stesso processo, spetterà all'anatomia patologica, la quale già sembra dimostrare che nella demenza primitiva si tratti di processi degenerativi che ledono particolari elementi specialmente associativi e determinati strati corticali.

Molti altri problemi restano ancora a risolvere per altre forme morbose, come quelli sulla natura e la patogenesi e gli esiti delle forme così dette *maniaco-depressive* e *periodiche* in genere, nelle quali resta ancora da stabilire, oltrechè la causa genetica promotrice delle sindromi affatto opposte che si presentano nello stesso individuo, anche la nosografia di certi stati consecutivi permanenti, che assumono il carattere di mania o di melanconia cronica, e da assodare la entità, la sindrome e il decorso di forme isolate di *mania* o di *lipemania*, che si presentano pure abbastanza di frequente all'esperienza clinica: e quelli per la determinazione ben netta dei confini delle *paranoje*, e per la completa nosografia clinica e anatomica delle *psicosi alcooliche*, e sulla genesi embriologica e le condizioni istopatologiche delle numerose varietà di *arresti di sviluppo* e via dicendo.

Tutti problemi del più grande interesse, degni di attirare tutta l'attenzione e il lavoro dei psichiatri e che attendono dalla Clinica e dall'Anatomia patologica la loro soluzione: cioè da un lato da una lunga, assidua, efficace indagine nosografica, che rilevi con metodi razionali, nel più gran numero possibile di casi delle diverse forme morbose, le svariate ed intime alterazioni psichiche e i fenomeni somatici e ne segua esattamente le variazioni e il decorso; dall'altro da una paziente

indagine anatomica, che, con uno studio sistematico delle lesioni dei vari centri nervosi nelle singole loro parti e nei varj elementi, con metodi nuovi ed uniformi e con uniforme localizzazione topografica, valga a raggiungere il desiderato della Psichiatria scientifica, di determinare, cioè, per ogni forma morbosa a quadro nosografico ben netto le speciali lesioni anatomiche e di stabilire la rispondenza dei fatti clinici con quelli anatomici, rintracciando in queste la genesi di quelle. Il che ormai non è più un irraggiungibile miraggio, poichè le indagini più recenti già ci dimostrano indubbiamente che risultati significanti si ottengono e si otterranno sempre più, purchè la ricerca sia fatta assiduamente e con adatti e rigorosi mezzi d'indagine.

È questo il concetto informatore e l'indirizzo costantemente, e con larghi e fortunati mezzi di studio, seguiti dalla Scuola di Kraepelin, che sono mirabilmente svolti in questo Trattato. Il quale comprende tutto il lavoro di tanti anni di una mente eletta, profonda nell'indagine, felice nella sintesi, e in cui perfettamente si armonizzano le concezioni dottrinali con un cumulo grandissimo di osservazioni pratiche.

L'influenza delle idee lanciate dal Kraepelin nel mondo psichiatrico è ormai riconosciuta in tutti i paesi, in cui esse si adottano o si discutono. Esse, se anche dovranno subire nuove e radicali rettifiche e modificazioni, avranno sempre avuto il gran merito di scuotere la Psichiatria clinica da quella specie di sonno in cui erasi immersa, di elevare l'indagine clinica all'alta dignità che le spetta, e di aver rialzata la fiducia in un realizzabile e continuo progresso delle discipline psichiatriche.

La pubblicazione Italiana di questo Trattato giunge quindi in buon punto anche fra noi, poichè gli studiosi di Patologia mentale, con quest'opera poderosa, e coi preziosi Trattati originali teste pubblicati da Maestri Italiani, potranno a un tempo raffrontare le dottrine delle diverse Scuole ed acquistare una perfetta cognizione dello stato attuale della Psichiatria e del suo indirizzo presente ed avvenire.

Prof. A. Tamburini.

Roma, Ottobre 1907.

INDICE DELLE MATERIE

Indice delle figure e prove di scrittura

INDICE DELLE TAVOLE

PSICHIATRIA
SPECIALE

Classificazione dei disturbi psichici (1)

Il primo oggetto della conoscenza medica dei disturbi psichici deve essere naturalmente la *determinazione del concetto e dei limiti delle forme morbose*. Per la soluzione soddisfacente di questo problema noi dovremo avere da un lato una nozione precisa dei cangiamenti nelle condizioni anatomo-fisiologiche della corteccia cerebrale, dall'altro delle morbose manifestazioni psichiche ad ossi connesse. Solo allora noi saremo in grado di dedurre dalle alterazioni della vita psichica i relativi fondamenti anatomo-patologici, e quindi le cause dell'intero processo morboso e vicoversa. Disgraziatamente noi siamo ancora bon lungi da una tale profondità di conoscenze riguardo alle manifestazioni delle malattie psichiche. Non dobbiamo neanche nasconderci che appunto l'approfondire delle nostre conoscenzo ci dimostrerà sempre più chiaramente la impossibilità di una classificazione realmente soddisfacente dello alterazioni psichiche.

L'esperienza ci insogna che dovunque osiamo tontare di ordinare in uno schema processi vitali senza curarci dei gradi di passaggio, noi vediamo che i confini, i quali in principio apparivano ben delineati, vanno invece con l'aumentare delle nostre conoscenze in proposito sempre più sfumando, e che innumerevoli graduali anelli di passaggio conducono alle forme più prossime. Noi abbiamo già precedentemente accennato alla impossibilità di una divisione fondamentale fra stati normali e patologici; così dovremo attenderci d'incontrare tutte le gradazioni possibili fra le singole scolastiche « entità morbose ». Noi vediamo nella stessa Medicina interna i gruppi morbosi più caratteristici, le malattie acute da infezione, confondersi a poco a poco per mezzo di

---

(1) Kahlbaum, *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten* 1863; Volkmanns, *Klinische Vorträge* 126; Oebbecke, *Vergleichende Übersicht der Klassifikationen der Psychosen*, Diss. 1880; De Sanctis, *Atti dell' XI Congresso della Società freniatrica italiana*, 182. 1902.

una quantità di casi non « ben pronunciati » « abortivi » « misti », con altre « specie morbose », in modo che non sempre vi è perfetta corrispondenza tra i reperti batteriologici e i reperti clinici. A ciò si aggiunga che grandi gruppi di alterazioni psichiche hanno essenzialmente origine dalla predisposizione morbosa; la caratteristica personale adunque farà valere qui la sua influenza nel più alto grado, e dovrà aumentare la molteplicità clinica dei quadri morbosi. Infine noi dobbiamo tener conto della circostanza che le singole parti del cervello non hanno tutte le stesse funzioni. Non solo la specie e la intensità dei cangiamenti patologici, ma anche la loro sede speciale sarà perciò probabilmente in istato di generare una serie di lievi gradazioni nel costituire gli stati psicopatici.

Se per conseguenza noi dobbiamo ancora rinunziare ad una classificazione chiara e duratura delle alterazioni psichiche nel senso di Linnéo, e dobbiamo rinunciare a stabilire una dottrina nosografica scientificamente soddisfacente, pur tuttavia è fin da oggi necessario, dal punto di vista pratico almeno, un aggruppamento approssimativo del materiale di esperienza, aggruppamento che sarà tanto più durevole quanto meno la semplice valutazione dei fatti si lascerà influenzare da opinioni preconcette.

Sembrerebbe a prima vista, specialmente riferendoci alle esperienze forniteci dalla Medicina interna, che la base più sicura per la suddivisione delle forme morbose psichiche dovesse essere fornita dall'*anatomia patologica*. Purtroppo però la speranza di reperti anatomici caratteristici è, per la maggior parte dei disturbi psichici, ancora molto lontana dal realizzarsi. Anche là dove ora noi possiamo già riscontrare grossolane alterazioni cerebrali, manchiamo assolutamente della conoscenza precisa dei rapporti tra i fatti anatomici e le manifestazioni cliniche, in modo che solo eccezionalmente possiamo osare di pronunziare al tavolo anatomico una probabile congettura sullo stato psichico durante la vita. A causa della insufficienza dei nostri mezzi d'esame e delle nostre cognizioni anatomo-patologiche, come anche per la difficoltà di collegare i processi morbosi somatici a quelli psichici, tutti i tentativi fatti finora per una classificazione anatomo-patologica delle alterazioni psichiche hanno naufragato.

Obbiezioni poco meno gravi si possono addurre contro il tentativo di una classificazione delle psicosi a seconda delle *cause,* classificazione che recentemente è stata presentata come la sola che avesse valore.

Certo noi conosciamo già oggi alcune cause, l'influenza delle quali si manifesta con caratteri clinici ben determinati, sicchè quelle possono

da questi venire dedotte. Ci riferiamo qui specialmente alle varie forme di avvelenamento, ad alcune malattie somatiche, a lesioni del capo, forse anche ad alcune violente emozioni e infine alle forme gravi della degenerazione ereditaria, la essenza e il meccanismo d'azione della quale non ci sono, nell'immensa maggioranza dei casi, ancora ben note. Per contro le cause della pazzia sono completamente oscure per noi, come l'apprezzamento sincero della esperienza giornaliera ci fa senz'altro confessare. Ciò non dipende solo da circostanze esterne, dalla difficoltà ad es. di ottenere schiarimenti sulla anamnesi; ma ha la sua ragione di essere nella natura stessa dei disturbi psichici. Per solito noi abbiamo da fare con malattie di cui le cause essenziali risiedono nella predisposizione o in sconosciuti stati interni dell'individuo; e disgraziatamente appunto l'investigazione e l'analisi della personalità psichica e somatica sono ancora all'inizio. Si deve infine tener conto che le cause delle alterazioni psichiche agiscono associate le une con le altre, e anche per questo motivo non è quasi mai possibile osservare con chiarezza i rapporti intimi delle manifestazioni, come forse avviene nell'insorgere di una malattia infettiva.

Molto più frequentemente le alterazioni psichiche sono state classificate a seconda dei loro *caratteri clinici*, giacchè appunto i sintomi della pazzia colpiscono più che ogni altra cosa gli occhi dell'osservatore. Questo modo di procedere conduce dapprima, con una certa necessità, a un eccessivo apprezzamento dei singoli sintomi, alla tendenza a raccogliere in una forma tutti i casi morbosi, ai quali è comune una qualsiasi marcata alterazione. Così ha avuto origine la maggior parte dei nostri concetti clinici abituali. Fu dato il nome di *malinconia* a tutti gli stati di animo tristi o angosciosi; di *mania* agli stati di eccitazione, di *paranoia* alle malattie che presentavano deliri e disturbi psico-sensoriali, e via di seguito. Ma certo doveva a poco a poco mostrarsi la differenza intima tra le alterazioni psichiche, che pur di tompo in tempo offrono gli stessi caratteri clinici. Si vide inoltre che nel decorso dello stesso caso si presentavano successivamente sintomi i quali differivano di molto gli uni dagli altri e sembravano anzi formaro addirittura un'antitesi.

Da ciò derivò la necessità, riconosciuta chiaramente da Kahlbaum, di distinguere le *sindromi* dalle *forme morbose*. Le prime possono ritrovarsi uguali, o almeno molto simili, nelle piu diverse forme di malattie. Una diagnosi scientifica però non deve mai limitarsi a caratterizzare la sindrome, ma deve stabilire la malattia alla quale il quadro sintomatico appartiene.

Nel campo delle malattie somatiche, noi distinguiamo i *fenomeni generali*, i quali accompagnano le più varie malattie (febbri, dolori, spossatezza, ecc.) da quelli che, come la roseola o la diarrea dei colerosi, sono *caratteristici* di un processo morboso determinato. Un posto intermedio occupano quei numerosi caratteri patologici proprii ad un gruppo limitato di malattie, come l'albuminuria o l'itterizia. Lo stesso può dirsi delle alterazioni psichiche. Anche qui, accanto ai fenomeni generali, a cui non spetta alcuna importanza clinica speciale, noi dovremo distinguere fenomeni caratteristici e fenomeni, la cui presenza è limitata a certi gruppi di malattie. Ed appunto qui si può constatare come sintomi che sembrano dapprima completamente uguali nelle varie malattie, presentano pure alcune sottili differenze. Come le alterazioni che maggiormente colpiscono non sono sempre le più importanti dal punto di vista clinico, così ad una osservazione profonda si riscontrano sovente, accanto alle grossolane somiglianze, diversità quasi impercettibili, ma di rilevante importanza, per la interpretazione dei singoli casi. L'analisi prudente e acuta di questi conduce così ad una estensione gradualmente sempre maggiore dei sintomi clinici caratteristici.

Solo il quadro *complessivo* del caso clinico, presente in tutto il suo decorso dal principio alla fine, può fornire la guida per l'analisi clinica e per la valutazione dei fenomeni morbosi. Noi possiamo certo presupporre che realmente certi processi morbosi generino infine anche un quadro complessivo assai simile. I tratti essenziali di questi daranno, in modo più durevole che quelli accessorii e casuali, il loro colorito caratteristico ai diversi stati. Specialmente negli stati terminali di alterazioni mentali non guarite i segni caratteristici del processo patologico debbono apparire nella maniera più chiara; nello stesso modo che la delimitazione esatta di una malattia a focolaio si può giudicare con sicurezza solo dalle manifestazioni dei fenomeni permanenti. Ma ad ogni modo noi dovremo attribuire tanto maggiore importanza ad un singolo sintoma, quanto più sicure sono le conclusioni che esso ci permette di trarre sulla causa e sull'esito del caso in discorso. In questa direzione dovrà svolgersi la dottrina della sintomatologia. Come essa ci ha posto in grado di dedurre dalla rigidità riflessa delle pupille, rimasta lungo tempo inosservata, indicazioni precise intorno alla specie della malattia, così ci ha fatto conoscere la differenza fra impulso di movimento e impulso ad agire, fra arresto e impedimento della volontà, fra uniformità e stereotipia, fra alterazione della percezione e alterazione dell'attenzione. Ma siccome ogni processo patologico deve offrire, insieme alle manifestazioni generali, anche qualche indizio spe-

ciale, così in massima, quantunque forse dopo molti errori, si potrà raggiungere l'intento di dedurre dai sintomi giustamente interpretati quale sia il processo patologico; dove la semplice osservazione non è sufficiente, la sottile analisi dei casi per mezzo delle indagini psicologiche, potrà forse condurci alla meta. Se dunque noi oggi non siamo sempre in grado di riconoscere dai segni esterni, come essi ci appaiono, la identità o la differenza di quanto avviene internamente, però, come avviene negli altri dominî della medicina, è giustificata la speranza che anche noi potremo apprendere a poco poco a valerci di questo aiuto necessario alla classificazione.

Se in uno dei tre dominii della pazzia, quelli cioè della anatomia patologica, della etiologia, della sintomatologia noi possedessimo la conoscenza assolutamente completa di tutti i particolari, non solo ci sarebbe possibile rinvenire in ciascuno di essi una suddivisione idonea e definita delle psicosi, ma anche — e questo intanto forma sopratutto la base delle nostre ricerche scientifiche — *ci sarebbe possibile mettere in relazione tra loro queste tre classificazioni*. I casi morbosi originati da cause realmente simili dovrebbero offrire sempre le stesse manifestazioni e lo stesso reperto anatomico; le apparenti eccezioni, che noi incontriamo adesso frequentemente, derivano solo dalla imperfezione delle nostre cognizioni. Da tale concetto fondamentale si deduce che la classificazione clinica delle alterazioni psichiche dovrà basarsi per la suddivisione, *contemporaneamente* su tutti i tre mezzi di aiuto, ai quali si deve aggiungere ancora l'esperienza acquistata sul decorso, sull'esito e sulla terapia. Quanto più grande sarà la somiglianza tra le forme ottenute nelle varie classificazioni, tanto maggiore sarà la sicurezza che esse rappresentino realmente particolari stati patologici.

Allo stato attuale della nostra scienza questa maniera di procedere è la sola che sia in grado di soddisfare in certo modo anche le esigenze *pratiche* che ci si presentano. Il primo cómpito del medico al letto dell'infermo è infatti quello di formarsi un concetto sul prevedibile decorso della malattia. Questa domanda gli viene sùbito rivolta; ed il valore che, nella pratica, si dà ad ogni diagnosi è tanto maggiore, *quanto più chiari sono i prognostici che essa può fornire*. Cause morbose uguali determineranno in generale anche un eguale decorso della malattia, e dagli indizii clinici noi dobbiamo essere in grado di dedurre, almeno nelle sue grandi linee, la sorte futura del nostro paziente. Per raggiungere questo scopo è necessario valersi di tutti gli aiuti che la osservazione può offrire; questo è il principio che dovrebbe sopratutto guidarci quando noi abbiamo da delimitare e da definire le singole forme patologiche.

Se noi, in questo senso conosciamo già oggi una intera serie di psicosi, le quali sono caratterizzate per lo meno altrettanto bene quanto la maggior parte delle altre malattie, pure vasti dominii della pazzia oppongono tali difficoltà al loro studio, che una classificazione soddisfacente delle alterazioni psichiche può forse venir oggi considerata come un problema impossibile a risolversi. Io posso condividere tale opinione solo quando essa si riferisca agli impedimenti *fondamentali* più sopra menzionati per la delimitazione dei processi vitali in forme nettamente circoscritte. Al contrario la via appunto ora accennata mi sembra assolutamente praticabile. Ad ogni psichiatra è noto che noi incontriamo talvolta casi che, per il modo d'insorgere, per tutti i particolari morbosi e per l'intero decorso presentano tra loro sotto tutti i rapporti una somiglianza veramente sorprendente. Tali osservazioni dovranno naturalmente formare il punto di partenza dei nostri studi per la classificazione. Con una netta separazione di tutti i casi non completamente corrispondenti al primo quadro, noi giungeremo dapprima alla determinazione di numerosi piccoli gruppi poco differenti gli uni dagli altri, la più prossima o più lontana parentela dei quali potrà riconoscersi facilmente con uno sguardo su una ricca serie di osservazioni. La coscienziosa suddivisione delle forme nelle loro più piccole e apparentemente più insignificanti variazioni, come noi oggi forse la troviamo nella dottrina della atrofia muscolare, è perciò il primo ed indispensabile gradino per ottenere realmente un quadro patologico omogeneo e corrispondente alla realtà.

Per raggiungere questo scopo è necessaria una continua ed accurata osservazione dei singoli casi, la quale deve estendersi segnatamente anche sulla sorte futura dei pazienti. Nessuno vorrà perciò disconoscere la importanza diretta, e le cognizioni che già possediamo; ma si deve però sperare che l'ulteriore sviluppo dell'osservazione *clinica,* dando valore a tutte le particolarità osservate, ci conduca in un tempo non troppo lontano ad una classificazione delle psicosi, che abbia il diritto di porsi a lato di quelle esistenti negli altri campi della Medicina.

La classificazione da me seguita tratta in primo luogo le forme di pazzia, originate da *cause esterne.* Ad esse appartengono le alterazioni psichiche dovute a *malattie infettive,* le *psicosi* da *esaurimento,* in quanto esse sono generate di regola da gravi lesioni somatiche, ed infine gli *avvelenamenti.* Agli avvelenamenti da cause esterne si collegano le *autointossicazioni* per alterazioni del ricambio materiale; di queste ultime noi oggi non conosciamo, a dir vero, che

gli stati consecutivi alle *lesioni della tiroide.* Io credo però che esista una serie di punti d'appoggio per dovere accettare il concetto che anche altre forme di pazzia, e particolarmente la *dementia praecox* e la *paralisi progressiva,* dipendano da autointossicazioni, l'essenza e l'origine delle quali è certo ancora interamente sconosciuta, quantunque per la paralisi abbiamo da registrare, como remota causa, la infezione sifilitica.

In un secondo gruppo ho riunito le forme dipendenti da *malattie cerebrali.* Qui hanno in parte influenza le cause esterne, come nelle alterazioni sifilitiche e nei disturbi psichici in seguito a lesioni traumatiche del capo; anche nelle embolie possiamo in un certo senso parlare di cause esterne. Al contrario le cause più profonde delle forme demenziali familiari, dei tumori e del gruppo più esteso delle malattie cerebrali — le forme arterio-sclerotiche — ci sono ancora completamente oscure: sembra che esse dipendano da stati somatici interni. Queste ultime alterazioni stanno in istretta relazione con i cambiamenti dovuti all'età, esse segnano perciò il punto di passaggio a quelle psicosi di cui consideriamo come base i *processi regressivi.* A queste forme appartengono le alterazioni psichiche dell'età d'involuzione nel più stretto senso e quindi le singole forme della vera *demenza senile.* Per quanto questi quadri clinici siano diversi, non è possibile almeno per ora, segnare fra di essi nette linee di confine. Piuttosto sembra che già nella età involutiva si manifestino i primi segni di quelle alterazioni che possono condurre più tardi a gravi malattie psichiche.

Il gruppo dello psicosi involutive ci conduce poi a quelle forme di pazzia, l'origine delle quali sembra sempre più essere determinata da *predisposizioni morbose.* Senza dubbio qui oltre alle influenze nocive ed esaurienti della vita, ha anche gran parte la originaria capacita di resistenza. Sembra però che ciò avvenga in grado ancora più elevato in quella graduale trasformazione patologica del complesso della personalità psichica che noi chiamiamo *paranoia.* Lo stesso può dirsi indubbiamente per la *pazzia maniaco-depressiva.* Ogni singolo attacco della malattia può certamente essere determinato da azioni nocive esterne; ma all'incontro il frequente insorgere senza causa, e segnatamente la concordanza dei quadri morbosi clinici nelle condizioni più diverse, ci dimostrano che la vera causa non si deve trovare in azioni esterne, ma nella predisposizione patologica speciale dell'individuo.

Lo stesso si dica in misura ancor più spiccata di quella malattia, che si distingue da tutte le altre per la periodicità del suo decorso, cioè l'*epilessia.* Anche qui ha sopratutto importanza la predisposizione

morbosa; pure la malattia può essere acquisita per certi determinati processi patologici, come lesioni traumatiche al capo, malattie infettive, arteriosclerosi, ecc. L'alterazione durevole, a cui sono collegati i singoli attacchi, può qui offrire i gradi più varii; dalle più leggere caratteristiche personali fino alla più grave demenza. Gli accessi stessi sono stati riferiti sovente a speciali mutamenti nel ricambio materiale. Questi fatti danno all'epilessia un posto intermedio tra le auto-intossicazioni, le malattie cerebrali e i disturbi psichici congeniti. Noi non dobbiamo però nasconderci che il gruppo di malattie da noi oggi chiamate epilessia non rappresenta molto probabilmente una unità clinica, ma è invece un concetto complessivo, che il progresso della scienza risolverà forse un giorno in una serie di elementi affatto diversi tra loro.

Meno dubbio è l'aggruppamento clinico di quelle forme di pazzia che possono venire determinate da *azioni emotive*. In tali forme noi abbiamo sempre una congenita eccitabilità emotiva e dobbiamo dunque presupporre una particolare disposizione patologica. Se questa si manifesta durevolmente, in modo che anche motivi insignificanti siano sufficienti a produrre fenomeni morbosi rilevanti, noi ci troviamo dinanzi al quadro della *predisposizione isterica*. I caratteri clinici prendono altra forma quando una determinata emozione violenta o una singola causa occasionale cagionano, sul terreno già preparato, alterazioni uniformi e difficilmente riparabili.

Con questo ultimo gruppo noi siamo entrati nel vasto campo della *pazzia degenerativa*. Ad essa appartengono anche le forme comprese nei gruppi ulteriori. Qui, dove noi incontriamo le figure più diverse di predisposizione patologica, è impossibile intraprendere la delimitazione di determinate entità cliniche. I gruppi artificialmente formati si confondono gli uni con gli altri nella interminabile varietà dei fenomeni. Per altro noi, per dominare meglio i quadri morbosi, dobbiamo forse distinguere due grandi gruppi di forme degenerative nello stretto senso della parola. Il gruppo degli « *stati morbosi originarii* » abbraccia quelle predisposizioni morbose che sono caratterizzate da alterazioni più circoscritte, e che spesso si sviluppano solo poco a poco, o che si presentano solo di tempo in tempo. Indichiamo per contro come « *personalità psicopatiche* » le particolari forme morbose di sviluppo dell'insieme della personalità psichica, che abbiamo motivo di ritenere come l'espressione della degenerazione. Nei singoli casi però questa divisione si mostra molte volte insufficiente

L'ultimo gruppo della lunga serie è formato da quegli stati che rappresentano essenzialmente *un arresto di sviluppo psichico*. Il

quadro clinico corrisponde qui ancor meno che nel gruppo precedente ad una vera malattia, ma corrisponde solo ad uno sviluppo incompleto della personalità psichica. Talvolta questi stati di deficienza hanno per causa appunto un arresto di sviluppo fisico. Molto più spesso però si tratta di processi patologici nel cervello non sviluppato, i quali per la distruzione di parti di esso, rendono impossibile lo sviluppo completo della psiche. In senso stretto i casi di questa ultima specie dovrebbero prender posto tra le malattie cerebrali. Ma noi non siamo oggi ancora in grado di distinguere sempre con sicurezza durante la vita l' arresto di sviluppo dalla malattia cerebrale, e d'altra parte il quadro clinico è in così alto grado dominato dai caratteri generali della incapacità psichica congenita, che la separazione di quei due gruppi, i quali per la causa si allontanano l'uno dall'altro, non è sempre sicura. Noi andiamo ancora più oltre, ed includeremo in questi stati di deficienza anche quelle forme di debolezza mentale che sono causate, nei primi anni della vita, da gravi malattie cerebrali. Anche in esse viene annientato lo sviluppo della personalità psichica.

Alla fine di questa esposizione io non devo omettere di far notare che alcuni dei quadri clinici circoscritti che andremo ad esaminare, sono solo tentativi per presentare una certa parte del materiale di osservazione in forma utile all'insegnamento clinico. La luce sul vero significato e sui rapporti reciproci di tali quadri morbosi sarà fatta poco a poco solo dagli studii monografici, assolutamente necessarii nell'intero campo. È inoltre innegabile che noi oggi, malgrado i nostri sforzi, non riusciamo ad inquadrare un numero sufficientemente grande di casi nella cornice di una delle forme stabilite nel sistema di classificazione. In parecchie direzioni il numero di tali casi è perfino aumentato, e al posto della sicura conoscenza sono subentrati l'incertezza e il dubbio. Ciò ha certamente qualche cosa d'inquietante pel principiante; all' investigatore provetto però esso indica solo l' infrangersi delle abituali dubbiezze delle nostre diagnosi di fronte ad una determinazione più netta dei concetti e ad una conoscenza più profonda delle osservazioni cliniche.

Trattati di Psichiatria

W. Griesinger, *Die pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* 4 Aufl. 1876. La 5.a edizione è stata pubblicata nel 1892 da Levinstein-Schlegel.
H. Schüle, *Klinische Psychiatrie* (v. Ziemssens *Handbuch der Pathologie und Therapie*, XVI). 3. Auflage 1896.
R. v. Krafft-Ebing, *Lehrbuch der Psychiatrie*. 7. Auflage 1903.
J. Salgò (Weiss), *Compendium der Psychiatrie* 2. Auflage 1889.
R. Arndt, *Lehrbuch der Psychiatrie* 1883.
H. Neumann, *Leitfaden der Psychiatrie für Mediziner und Juristen* 1883.
Th. Meynert, *Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns*. Erste. Hälfte 1884.
J. L. A. Koch, *Kurzgefasster Leidfaden der Psychiatrie*. 2. Auflage 1889.
Th. Meynert, *Klinische Vorlesungen uber Psychiatrie* 1890.
Th. Kirchhoff, *Lehrbuch der Psychiatrie* 1892.
Fr. Scholz, *Lehrbuch der Irrenheilkunde* 1892.
O. Dornblüth, *Compendium der Psychiatrie* 1894.
Th. Ziehen, *Psychiatrie*. 2, Auflage 1902.
C. Wernicke, *Grundriss der Psychiatrie* Teil I, 1894; II, 1896; III, 1900.
R. Sommer, *Diagnostik der Geisteskrankheiten*. 2. Auflage. 1901; dazu Atlas von Alber 1902.
Th. Kirchhoff, *Grundriss der Psychiatrie* 1899.
Th. Becker, *Einführung in die Psychiatrie* 2, Auflage 1899.
E. Kraepelin, *Einfuhrung in die Psychiatrische Klinik* 1901.
W. Weygandt, *Atlas und Grundriss der Psychiatrie* 1902.
E. Mendel, *Leitfaden der Psychiatrie* 1902.
M. Fuhrmann, *Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten*, 1903.

Dei recenti Trattati francesi sono da ricordare il trattato di Dagonet (1876, pubblicato di nuovo nel 1894), Luys (1881), Ball (2.a ediz. 1890), e sopratutto il Trattato compiuto in collaborazione con molti altri autori di Ballet (1903), inoltre i piccoli Trattati di Bra (1883), Cullerre (1889), Régis (2.a ediz. 1892), Max Simon (1891), Sollier (1893), Kéraval (1901), di Fursac (1903). Inoltre si debbono ricordare le monografie di A. Voisin (1883), Baillarger (1890), Cotard (1890), Falret (1890), Magnan (1893), Séglas (1895), il Trattato delle malattie mentali di Ballet nel Trattato di Medicina di Bouchard (1895). In Inghilterra sono comparsi i Trattati di Clouston (4.a ediz. 1896), Savage (1894, tradotto in tedesco da Knecht, 1897), Lewis (2.a ediz. 1899), Blandford (4.a ediz. 1894), Shaw (1892), Campbell Clarke (1897), Kellogg (1897) Macpherson (1899), Mercier (1902), come il grande Trattato fatto in collaborazione con Hack Tuke (1892); in America i trattati di Spitzka (1887) e Hammond (1883), in Italia il breve trattato di Agostini (1897), di Finzi (1899), il Trattato di Bianchi (1901) e la traduzione del Trattato di Ballet con note del Prof. Morselli (1). Inoltre in Danimarca le lezioni di Pontoppidan (1892 e 1893), i Trattati di Lange (1894) e di Friedenreich (1901) e infine in Russia i libri di Kowalewski (1897), di Korssakow (1893) e di Popow (1898).

(1) È da ricordare il Trattato del Prof. Tanzi pubblicato nel 1904. N. d. T.

La pazzia infettiva

Cominciamo la esposizione delle forme morbose con le alterazioni psichiche che vengono prodotte da veleni di origine infettiva. Ad esse è comune l'associazione con i fenomeni somatici generali che accompagnano l'invasione e l'accrescimento dei varii agenti patogeni. Appare ancor dubbio se le alterazioni della corteccia cerebrale, che in tali casi si sviluppano, si compiano sempre nello stesso modo per azione diretta di determinate tossine; per alcune forme dobbiamo ammettere di aver a fare con sostanze tossiche regressive, che hanno origine solo indirettamente da alterazioni del ricambio materiale. Molto probabilmente però noi dovremo attribuire un'azione propria a ciascuna delle tossine, anche se oggi non siamo ancora in grado di distinguere in modo chiaro, clinicamente e anatomicamente, le singole forme. Sono però già pronti i dati per una tale separazione; vi sono anche malattie infettive, come p. e. il tetano, le quali, malgrado le più gravi alterazioni nervose, lasciano intatta la vita psichica. La differenza di comportamento dimostrato in varii sensi da diversi *virus,* della qual differenza i metodi di colorazione rappresentano un fatto collaterale, si renderà certo evidente poco a poco anche per le tossine di origino infettiva. Per ora noi dobbiamo limitarci a tratteggiare grossolanamente i contorni di singoli gruppi di malattie clinicamente meglio conosciute. Ci sia però permesso di distinguere gli uni dagli altri, i *delirii febbrili* e i caratteristici *delirii da infezione*, dagli *stati* di *debolezza post-infettivi* che osserviamo come postumi di gravi malattie.

A. — *I delirii febbrili.*

A causa della breve durata e della importanza solo « sintomatica » si è spesso dubitato che i delirii febbrili appartengano alle malattie psichiche: col progredire della scienza abbiamo però imparato

a conoscere psicosi di durata assai più breve, e siamo giunti così ad un concetto essenzialmente sintomatico di ciascuna forma di pazzia. Il quadro patologico offerto dai delirii febbrili non è certo uniforme: noi possiamo piuttosto distinguere con LIEBERMEISTER (1) *parecchi gradi di alterazione*, che apparentemente corrispondono alla evoluzione del processo patologico nel cervello, e che vanno gradualmente dai fenomeni dell'eccitazione a quelli della paralisi, fino alla distruzione completa della vita psichica.

Il *primo grado* del delirio febbrile è contrassegnato da malessere generale, peso alla testa, morbosa sensibilità per gli stimoli sensoriali, irritabilità, svogliatezza al lavoro mentale, leggiera inquietudine e disturbo del sonno con sogni vivaci e angosciosi. Nel *secondo grado* l'alterazione della coscienza è più profonda; la percezione viene falsata da illusioni e allucinazioni che vanno aumentando rapidamente; le immagini acquistano grande vivacità e sfilano in quadri variopinti e fantastici, sottraendosi alla influenza consapevole degli ammalati. Questi si credono minacciati da figure spaventose e lottano disperatamente con supposti avversarii; vedono dai disegni dei parati sorgere visi sghignazzanti o teste di angeli che si distaccano e vólano per la stanza; sembra ad essi che venga loro tolto il capo, che qualcuno tiri la coperta del letto; leggieri al pari di piume librantisi nell'aria, essi vengono trasportati al disopra di contrade fantastiche, variopinte, attraverso stanze sontuosamente addobbate, percepiscono suoni di campane e grida confuse, tremende condanne o musica soave. A tutte queste immagini incoerenti si mescolano poi singole percezioni reali, che per qualche istante richiamano in sè l'ammalato; ma egli ricade poi subito nei flutti delle allucinazioni che si avanzano in massa. Nello stesso tempo aumenta l'inquietezza; vivaci disposizioni d'animo, ora serene, ora tristi insorgono e si svolgono in emozioni, finchè poi, quando la malattia ha raggiunto il *terzo grado*, il quadro morboso presenta un forte offuscamento della coscienza, irriflessione completa, confuso flusso d'idee, esplosioni emotive violenti, spesso mutevoli e imponenti, talora addirittura furiosi impulsi motori. Spesso qualche segno di paralisi si aggiunge a questi fenomeni psichici di eccitabilità (brama passeggera di sonno, debolezza e incertezza nei movimenti) e indicano già il passaggio al decadimento completo della vita psichica. Nel *quarto grado* la eccitazione si indebolisce fino all'incerto tastare intorno a sè.

(1) LIEBERMEISTER, *Deutsches Archiv. für Klin. Medizin*, I, 543.

L'ammalato mormora singole parole o frasi incoerenti (delirii blandi, mussitanti) e cade finalmente in uno stato di stordimento durevole (coma, letargia), dal quale non può essere risvegliato o può esserlo solo temporaneamente e da stimoli molto potenti (coma vigile).

La specie particolare delle malattie febbrili sembra abbia poca influenza sulla forma dei delirii. Solo la rapidità con cui si sviluppa la febbre, la intensità e la durata di essa, come lo stato degli organi necessarii alla vita, può regolarla. Nella varicella, nella scarlattina, nell'eresipela, qualche volta nel reumatismo articolare si hanno di solito stati di eccitazione confusa che scoppiano rapidamonte, mentre nella pneumonia e nel tifo vengono osservate più frequentemente una depressione delirante e un leggiero stupore. Un gruppo particolare di delirii febbrili è formato da quei casi osservati talvolta nel reumatismo articolare, più raramente anche nella scarlattina ed in alcuno altre malattie in cui si ha improvvisa *iperpiressia* (44°). Qui sogliono sopraggiungere rapidamente dopo leggieri prodromi, come inquietudine, parlare nel sonno, loquacità od ottundimento, degli stati d'eccitazione delirante assai violenti, che durano fino alla morte o si cambiano a poco a poco in grave depressione.

Come *fondamento patologico* possono essere considerati: la febbre per sè stessa (aumento di temperatura, acceleramento del ricambio materiale, comparsa di speciali materiali regressivi): inoltre disturbi di circolazione (iperemia, più tardi stasi, specialmente quando la funzionalità cardiaca è compromessa): malattie organiche, e infine l'azione di veleni d'origine infettiva. Probabilmente questi ultimi rappresentano le vere cause, cosicchè noi dobbiamo forse considerare i delirii febbrili solo come una forma speciale dei delirii infettivi. Non raramente però spetta anche all'alcoolismo una importanza causale essenziale e ciò sopratutto nella polmonite. La sua influenza si manifesta con l'apparire più o meno marcato dei sintomi proprii del delirio dei bevitori; disturbi psico-sensoriali (percezione di oggetti numerosi e mobili, di grande chiarezza sensoriale), delirio di attività, inquietudine, tremore, disposizione al facile passaggio dal buon umore all'ansia. La predisposizione individuale ha, in confronto all'azione intensa delle cause morbose, una parte poco importante; pure è ben noto che i giovani, le donne e gli individui nervosi delirano spesso, anche quando la temperatura non è molto elevata.

La *prognosi* di questi deliri viene aggravata dalla circostanza che essi accompagnano preferibilmente i casi più gravi: secondo la mia statistica morirono il 35,6 °/₀ degli ammalati, eppure in tale statistica sono state calcolate solo le forme molto spiccate di delirii. Si

crede che guarisca solo $^1/_6$ dei casi in cui si ebbe iperpiressia. Il reperto anatomico mostra per lo più fatti distruttivi nelle cellule della corteccia, analoghi a quelli che possono venire artificialmente prodotti per mezzo del soprariscaldamento. Nella maggioranza preponderante dei casi (70,6°/₀) la *durata* della alterazione mentale non sorpassa una settimana; essa scompare quasi costantemente col diminuire della temperatura. Però non di rado permangono per qualche tempo almeno, alcune delle immagini insorte nell'acme della malattia. Le ricchezze accumulate nel delirio, i magnifici equipaggi di cui l'ammalato disponeva, la condanna a morte pronunziata contro di lui, le cattive azioni da lui commesse lo rendono felice o lo tormentano ancora, finchè a poco a poco la sua intelligenza turbata non si rischiara completamente. In alcuni casi i delirii febbrili si trasformano immediatamente in stati d'origine infettiva che descriveremo in seguito, oppure, dopo l'abbassamento della temperatura, si sviluppano quei quadri morbosi che noi sogliamo riguardare come psicosi da esaurimento. Infine la malattia febbrile può, in date circostanze, determinare anche quelle forme di pazzia che hanno d'ordinario una maniera d'insorgere completamente diversa. Si debbono qui specialmente considerare i singoli attacchi della follia maniaco-depressiva, talvolta anche la paralisi e la *dementia praecox;* così p. e. io vidi una catatonia seguire ad una infiammazione polmonare. Naturalmente in questi casi la febbre non è la causa, ma solo la spinta esteriore che porta allo scoppio della alterazione psichica già preparata.

La *cura* dei delirii febbrili è in generale quella della malattia fondamentale. Oltre a ciò possiamo servirci della vescica di ghiaccio sulla testa per combattere l'iperemia cerebrale. Una azione indiscutibile a mitigare i delirii febbrili è data dall'impiego di bagni freddi di breve durata, degli impacchi freddi e delle strofinazioni, a cui nei casi di debolezza cardiaca si aggiunge la somministrazione di forte caffè. I varî rimedii contro la febbre sono poco o niente utili, anzi alcuni di essi possono da soli produrre delirio. Oltre alle misure richieste dalla malattia fisica stessa, bisogna *sorvegliare* attentamente gli ammalati deliranti, poichè essi, in alcuni casi, possono diventare pericolosi a sè stessi ed agli altri (commettere atti violenti, fuggire, saltare dalla finestra). Negli Ospedali si suole nei casi d'eccitazione violenta, applicare la camicia di forza; nei Manicomii di solito non si ricorre a questo provvedimento, raggiungendo lo scopo con la semplice cura del letto o dei bagni a permanenza. L'uso degli ipnotici e dei narcotici ci si mostrò quasi sempre piuttosto nocivo che utile. Dopo la crisi, il còmpito essenziale della cura è di risollevare le forze deperite.

B. — *I delirii infettivi.*

Se già nei delirii febbrili noi dobbiamo pensare all'azione concomitante di veleni infettivi, in una serie di malattie da infezione noi incontriamo altre alterazioni psichiche, che debbono essere sicuramente riferite a speciali intossicazioni.

I più comunemente noti sono i *deliri iniziali* del *tifo.* Aschaffenburg (1) ne distingue due forme. Nella prima si tratta di delirii tranquilli con spiccate idee deliranti e disturbi psico-sensoriali. Gli ammalati si credono avvelenati, perseguitati in diverse guise, sono dannati, maledetti, hanno la trachea guasta, sentono parlare i loro parenti lontani, veggono figure minacciose, fuoco e simili. Alcune volte raccontano con molti particolari avvenimenti strani e immaginari; il tono sentimentale degli infermi è ansioso o triste. La seconda forma, che può anche svilupparsi dalla prima, mostra i tratti dell'eccitazione maniaca, che in principio è qualche volta molto mite, come ho osservato in un caso di tifo petecchiale. L'alterazione psichica aumenta però rapidamente fino a raggiungere uno stato di confusione delirante con fuga di idee, disturbi psico-sensoriali, idee deliranti incoerenti, ansia violenta e insensato impulso al movimento.

I sintomi somatici del tifo possono in principio mancare completamente, ma per lo più essi si presentano presto. Cefalea, tumore di milza, lingua impaniata, stipsi o diarrea, dolore ileo-cecale, roseola. La temperatura suole mostrare tutto al più una lieve elevazione, il polso è spesso molto affrettato; appetito e sonno mancano quasi completamente. Lo stato generale produce l'impressione che si tratti di grave debolezza e di grave malattia.

Delirii iniziali simili a quelli del tifo si presentano anche come prodromi del *vaiuolo.* Sembra che questi decorrano in modo particolarmente precipitoso, associandosi una grave depressione e confusione con la tendenza ad azioni violente e al suicidio, tanto da essere assai simili agli stati crepuscolari epilettici. Talvolta si aggiungono anche contratture e scosse muscolari. L'insorgere dell'alterazione psichica si ha per solito dal terzo al quinto giorno della malattia. La diagnosi può essere rischiarata dall'aumento di temperatura, dall'eruzione iniziale e dagli altri possibili indizii del vaiuolo. Con l'apparire delle vere pustole la

---

(1) Aschaffenburg, *Allgem Zeitschr. f. Psychiatrie,* LII, 75.

alterazione psichica può sparire dopo una durata di pochi giorni, ma per solito essa dura fino al tempo della suppurazione e si cambia talvolta persino in stato di debolezza mentale inguaribile.

Un gruppo completamente caratteristico di alterazioni psichiche, in cui si deve anche pensare ad una origine tossica, si sviluppa talvolta tra la febbre eruttiva e quella suppurativa del vaiuolo. Si tratta dell'insorgere improvviso di allucinazioni visive e uditive molto spiccate in ammalati non confusi, ma che conservano la loro intelligenza e che sono disturbati solo da tali false percezioni. Gli ammalati vedono entrare persone nella stanza, vedono volare nell'aria colombe e fiori, sentono musica, accuse, minaccie; debbono render conto delle loro azioni, hanno rubato, vengono ricercati dalla polizia. Questi stati ricordano molto la prima forma dei delirii iniziali e certi casi di pazzia alcoolica o cocainica, sicchè io, contrariamente ad un'idea da me precedentemente espressa, sono inclinato a riferirli ad intossicazione generata dal virus vaioloso. Emminghaus ha posto in rapporto causale con quegli stati speciali a decorso rapidamente favorevole, gli acidi grassi trovati da lui nell'orina di ammalati di vaiuolo.

Il *decorso* dei deliri iniziali offre spesso remissioni, specialmente di giorno: ma l'ammalato si trova anche allora in uno stato di cupa depressione, che non gli permette di formarsi un concetto chiaro della sua situazione. L'alterazione psichica dura di solito solo alcuni giorni, raramente più di una settimana. Con il maggiore aumento della febbre il delirio può sparire completamente, come io osservai due volte, oppure esso si cambia direttamente in un vero delirio febbrile. In ogni caso qui il pericolo di un esito mortale è straordinariamente grande; solo il 40 o 50 % degli ammalati rimangono in vita e raggiungono la guarigione.

La *diagnosi* del delirio iniziale di tali malattie infettive offre talvolta notevoli difficoltà. Non raramente esso viene creduto uno stato crepuscolare epilettico, col quale infatti può avere grandissima somiglianza. Ad evitare l'errore servono innanzi tutto i segni della grave malattia somatica, quindi anche l'osservazione del flusso delle idee che nell'epilessia è per lo meno rarissimo. Ulteriori schiarimenti dà naturalmente il decorso della malattia. A me è finora accaduto quattro volte di vedermi condurre come alienati, ammalati di tifo incipiente (una volta tifo esantematico). Ogni volta si arrivò dallo speciale quadro sintomatico a stabilire con grande probabilità la diagnosi di un delirio iniziale. In principio alcuni ammalati possono venir creduti maniaci, ma ben presto appare un certo stupore che manca nella mania. Per la diagnosi differenziale

con le psicosi da esaurimento e la paralisi progressiva, i criteri più importanti vengono forniti dall'anamnesi: la mancanza di cause esaurienti da un lato e lo scoppio improvviso dall'altro. Devesi inoltre annettere importanza alla semi-incoscienza e allo stordimento degli ammalati accanto ad una eccitazione da principio minima; e inoltre contro la paralisi deve essere anche presa in considerazione l'età dei pazienti. Per la distinzione dalla catatonia bisogna tener conto del grave impedimento psichico, in contrapposizione alla coscienza dei catatonici e inoltre alla mancanza di negativismo e di automatismo al comando.

Nissl ha compiuto in un caso da me osservato l'esame completo della corteccia cerebrale. Si riscontrò ripienezza dei vasi sanguigni, aumento dei globuli bianchi ed estesi processi distruttivi che avevano attaccato ugualmente tutte le cellule della corteccia. Il corpo della cellula era rigonfio, la sostanza cromatica spezzettata in modo che la fine struttura era diventata completamente irriconoscibile. I prolungamenti erano diffusamente colorati per lunghi tratti. Inoltre si vedeva la cariocinesi dei nuclei della nevroglia. Quantunque questo reperto non possa venire nettamente distinto da quelli di altre lesioni della corteccia cerebrale, esso ci insegna però che già nei delirii iniziali esistono lesioni profonde della corteccia cerebrale.

Ai delirii iniziali del tifo e del vaiuolo rassomigliano molto alcune rare forme di *delirii da malaria* (1). Anche qui noi incontriamo stati di eccitazione assai violenti e angosciosi con grave impedimento psichico e con tendenza a irriflessivi atti violenti. Gli attacchi insorgono improvvisamente, durano solo poche ore e terminano con sonno profondo, con maggiore o minore perdita del ricordo dell'accaduto. Talvolta sono accompagnati da manifestazioni convulsive in modo da rassomigliare completamente agli stati crepuscolari epilettici. Essi assumono un tipo terzanario o quotidiano, più raramente quartanario, spesso dopo prodromi indeterminati. Il delirio è un fenomeno concomitante degli abituali attacchi di febbre, o esso ne prende il posto negli intervalli senza febbre in modo che abbiamo a fare con una forma « larvata » di malaria. In quest'ultimo caso gli attacchi larvati possono essere preceduti per un tempo più o meno lungo da comuni attacchi febbrili. È evidentemente da riguardarsi come causa di tali disturbi psichici la grande invasione dei plasmodii della malaria nei vasi cerebrali con le loro conseguenze. La cura del chinino suole apportare pronto aiuto.

---

(1) v. Krafft-Ebing, *Psychiatrische Arbeiten, I,* 161.

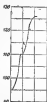
I delirii dei *coreici* (1) mostrano inoltre una certa affinità con le forme descritte. Si tratta qui di confusione sognante e di impedimento psichico con una speciale incoerenza di pensieri, con singoli disturbi psico-sensoriali, con delirii, aumentata eccitabilità emotiva e i movimenti coreici caratteristici. Gli ammalati percepiscono di solito le singole impressioni abbastanza bene, ma sono molto disattenti, si distraggono facilmente, sono affatto incapaci di esprimersi coerentemente, non si rendono conto della loro situazione e dell'ambiente che li circonda, pronunziano frasi uniformi, spezzate, nelle quali essi intrecciano talvolta percezioni casuali. Sentono chiamare i loro parenti, li vedono anche fuggire; temono di essere uccisi, avvelenati, ma tutto ciò è confuso e non viene ulteriormente elaborato. L'umore è ora ansioso, ora insulsamente allegro, cangia spesso e conduce talvolta a violenti scoppi di collera. L'intero quadro morboso viene dominato da una fortissima agitazione coreica che dura notte e giorno con brevi interruzioni e che può perfino mettere in serio pericolo la vita. Gli ammalati si scuotono, sgambettano, lanciano e torcono le braccia, sprofondano il capo nei cuscini, si percuotono senza riguardo, fanno smorfie, protendono la lingua, saltano, fanno scoppiettare le dita, si rotolano sul letto. Il sonno manca quasi completamente; la nutrizione è assai difficoltata. Fortunatamente questo eccitamento suole mantenersi nell'acme solo alcuni giorni o alcune settimane, indi decresce grado a grado. La coscienza e la lucidità ritornano; i disturbi psico-sensoriali e i delirii scompaiono e il peso del corpo, molto diminuito, si eleva rapidamente, come dimostra la curva del peso in un caso (2) qui accanto riportata (fig. 1). Gli ammalati rimangono però ancora per lungo tempo impressionabili, si esauriscono facilmente e vanno soggetti a notevoli oscillazioni di umore.

130
120
110
100
90

Fig. 1 — Delirio da collasso dopo un reumatismo articolare acuto.

A base di questa alterazione psichica sta senza dubbio una infezione che è essenzialmente uguale a quella del reumatismo articolare acuto. Wassermann e Westphal poterono isolare dal cervello di un coreico uno streptococco, la cui coltura in conigli generò di nuovo reumatismo articolare. Infatti nei delirî coreici si riscontra quasi sempre un rapporto

(1) Möbius, *Neurol. Beiträge*, *II*, 123, 1894; Zinn, *Archiv. f. Psych.*, *XXVIII*, 411, 1896; Krafft-Ebing, *Wiener Klin. Rundschau*, 1900, 30.

(2) In questa come in tutte le curve seguenti ognuna delle sezioni dell'asse dell'ascissa indica cinque settimane, quelle dell'asse dell'ordinata cinque libbre.

con alterazioni endocardiche o reumatiche. Naturalmente non si deve scambiare questa forma di corea con la corea cronica di Huntington e nemmeno con la corea isterica causata da influenze psichiche. Nel primo caso i fenomeni psichici concomitanti portano i segni di una progressiva demenza; nell'ultimo quelli di stati crepuscolari isterici che decorrono in modo più rapido e molto meno pericoloso e che sono inoltre influenzabili psichicamente.

Parecchie altre specie di tossine possono produrre stati deliranti. Nella *influenza* io vidi ripetutamente, accanto ad una bassa temperatura, incoscienza, confusione profonda, eccitamento ansioso e numerosi disturbi psico-sensoriali. In un caso questo stato era accompagnato da fenomeni di paralisi a carico della parola e della deglutizione, e da fenomeni polineuritici. La durata è di alcune settimane. Siccome i baccilli dell'influenza migrano nel cervello, può darsi che essi costituiscano la causa diretta di tali disturbi, per quanto più verosimilmente si tratti solo di sostanze tossiche da essi generate. Anche *pneumococchi* sono già stati trovati nel cervello. Il germe patogeno della *lissa* (1) produce delirii allucinatori con estese convulsioni riflesse che presentano però di tanto in tanto delle pause, finchè non accade la morte per collasso. Nelle malattie *settiche* sogliono svilupparsi, accanto a intensi disturbi della coscienza, delirii vivaci. Gli ammalati perdono la memoria, percepiscono difficilmente, non riconoscono le persone, gli avvenimenti dell'ambiente, hanno allucinazioni, mormorano sottovoce parole incoerenti, fanno movimenti di prensione; qualche volta vi si inframmettono stati di eccitazione vivace e confusa.

Vi è infine un gruppo di gravi stati deliranti di eccitazione i quali per il loro quadro e per il loro decorso debbono molto probabilmente venir riferiti ad infezioni, senza che sia sempre possibile di indicarne la causa. Qualche volta nel sangue e nel liquido cerebro-spinale si è riscontrato lo stafilococco o il *bacterium coli*. Si tratterebbe più che altro di infezioni originantisi da piccoli foruncoli della cavità boccale o dell'intestino. Il quadro morboso si sviluppa talvolta in seguito ad una qualsiasi leggera malattia fisica (angina, catarro intestinale, costipazione ostinata e simili), spesso nel decorso di una alterazione psichica d'altra specie, che prende allora improvvisamente une piega assolutamente minacciosa. Gli ammalati non dormono più, sono confusi, non possono più fissare la loro attenzione, vedono diavoli, angeli, serpenti,

(1) Högyes, *Lyssa, Nothnagels Handbuch der Pathologie und Therapie*, V, 5, 88. 1897

figure minacciose, sentono voci, esternano idee insensate di persecuzione o di grandezza. Sono ansiosi o allegri, eccitabili, violenti; pregano, chiacchierano o pronunziano solo singole parole senza senso, o anche sole sillabe. Contemporaneamente si sviluppa una eccitazione violenta, impulsiva, spesso uniforme; un continuo battere il tamburo colle dita, rotolarsi, sgambettare, gridare, strofinare, tirare, soffiare, battere le palme e simili. Gli ammalati sputano il cibo che vien loro offerto, perdono orina e feci e la nutrizione decade rapidamente. Per lo più sopravviene presto un aumento di temperatura; si hanno ecchimosi, embolie grassose, foruncoli, polmoniti settiche, gravi catarri della bocca e del naso con secrezione fetida e formazione di croste, in alcune circostanze parotite, ritenzione d'orina, stasi fecale. In un numero rilevante di casi, gli ammalati muoiono entro una o due settimane.

Si suole rinvenire questo quadro morboso insieme ad altri gravi stati di eccitazione sotto il nome di « *delirio acuto* ». Una delimitazione esatta delle singole forme di questo, basandosi sui sintomi clinici, è attualmente impossibile, poichè il complesso sintomatico non rappresenta essenzialmente che la espressione comune di lesioni recenti di origine infettiva della corteccia cerebrale. Di regola quindi solo la anamnesi può dirci se già esistevano i segni di alterazioni psichiche di altra specie. Potremo sempre però distinguere il complesso sintomatico descritto dai gravi stati di eccitazione della paralisi, per la mancanza dei caratteristici fenomeni paralitici (disturbi della parola, rigidità pupillare, pesantezza ed incertezza dei movimenti), mentre gli stati di eccitazione catatonica si riconoscono per la conservazione della riflessione, per il negativismo, per la pronunziata stereotipia, per la violenza impulsiva di alcune azioni insensate, infine per la sproporzione fra la discreta capacità di percezione e l'insensatezza delle espressioni verbali. Nel delirio da collasso l'impedimento psichico è in generale minore, la tendenza al movimento meno impetuosa, mentre i disturbi psico-sensoriali e i delirii sono più manifesti; nei discorsi si possono riconoscere i segni della deviabilità e del flusso delle idee. Dobbiamo però mettere in dubbio se qui si tratti di differenze essenziali o solo di differenza di grado, poichè è anche possibile che il delirio da collasso sia causato da tossine di origine infettiva.

La base anatomica dei delirii infettivi che decorrono col quadro morboso del delirio acuto, è formata essenzialmente da processi infiammatorii della corteccia cerebrale (1). Indipendentemente dal riscontrarsi

(1) Binswanger und Berger, *Archiv. für Psychiatrie*, *XXXIV*, 107, 1901.

ora questo, ora quel germe infettivo, si rilevano ordinariamente fatti di distruzione acuta nelle cellule e nelle fibre nervose. A ciò si aggiungono proliferazione della nevroglia, alterazioni vasali, infiltrazione leucocitaria e talora anche emorragie.

La *cura* dei delirii qui descritti si compenetra con quella della malattia fondamentale. A causa dell'avvelenamento si può forse pensare ad un abbondante lavaggio del corpo, in certi casi con l'aiuto di ipodermoclisi. In un caso curato in tal modo noi non potemmo per vero impedire l' esito letale, ma ottenemmo ogni volta un chiaro, sebbene transitorio miglioramento. Del resto si farà uso specialmente del bagno caldo, si curerà una alimentazione abbondante anche per mezzo della sonda con cui si procederà pure a lavaggi dello stomaco, si vuoterà l'intestino e si terrà ben netta la cavità boccale. Con questo trattamento io vidi guarire in poche settimane un giovane che era stato ricoverato nella clinica quasi morente a causa di un delirio infettivo in seguito a reumatismo articolare, endocardite e corea, con albumina nell'orina, decubiti, temperatura di 33.8, e in uno stato di gravissimo avvelenamento da morfina per uso terapeutico. Fra i calmanti, l'alcool e la paraldeide rendono talvolta buoni servigi; si ricorrerà solo nei casi estremi a medicamenti che abbiano azione più energica. È invece necessario di eccitare il cuore con iniezioni di caffeina, di canfora e di etere.

C. — *Gli stati infettivi di debolezza psichica.*

Poichè i cambiamenti del tessuto corticale generati da veleni infettivi scompaiono talora solo gradatamente e talvolta non scompaiono del tutto, noi comprenderemo facilmente come alterazioni psichiche possano persistere anche quando la malattia fondamentale è finita. Tali psicosi s'iniziano per lo più nel periodo febbrile della malattia; pure noi potremo riguardare come infettive anche altre alterazioni sopravvenute più tardi, con lo stesso diritto con cui riferiamo alla tossina specifica le nevriti che seguono al tifo, al vaiuolo, alla difterite, ecc. Noi veniamo rafforzati in questo concetto dalla circostanza che ogni malattia infettiva produce in modo particolarmente frequente quadri clinici speciali. Certamente però non è possibile oggi dedurre con una certa sicurezza dai fenomeni morbosi la causa determinante di essi. Dovremo perciò contentarci di una breve descrizione dei quadri nosologici più frequenti. Ad essi tutti è comune un grado più o meno elevato di debolezza psichica ed emotiva, alla quale si unisce un umore per lo più triste e ansioso e sposso anche marcate idee deliranti. Certo non appartengono assolutamente a questo gruppo tutte le alterazioni psi-

chiche che durano a lungo e che sono consecutive a malattie infettive. Oltre allo stato di esaurimento di cui parleremo più tardi, possono essere determinate da gravi lesioni fisiche anche le altre più varie forme di pazzia, ma i loro caratteri non hanno allora rapporto diretto con la malattia fondamentale.

Le forme più leggere degli stati di debolezza psichica infettiva si collegano direttamente alla abituale debolezza psichica e fisica dei convalescenti di gravi malattie infettive. Gli ammalati, dopo la scomparsa della febbre, non si sentono liberati e alleggeriti, non si ristabiliscono rapidamente, ma si sentono spossati, sono incapaci di pensare, si stancano facilmente, non collegano le idee, non sono in grado di leggere, di scrivere una lettera. La loro attività psichica è paralizzata, essi non s'interessano a nulla, sono indifferenti, giacciono inattivi in letto, non possono alzarsi, prendere una risoluzione, lasciano che tutto vada come vuole. La riflessione e l'orientamento rimangono però inalterati e così pure la percezione, ma talvolta appariscono vivaci immagini visive nel chiudere gli occhi, confusi bisbigli alle orecchie; strane sensazioni nel corpo che possono venire interpretate come gravi fenomeni morbosi. L'umore è triste, sconsolato, cupo, spesso burbero, eccitabile, capriccioso; non sono rari gli improvvisi attacchi d'ansia, specialmente durante la notte. Insorgono tristi presentimenti, pensieri di morte, sfiducia verso il medico e verso l' ambiente, timori d'avvelenamento, rappresentazioni ipocondriache ed anche idee di peccato. In conseguenze di ciò gli ammalati possono giungere a scatti violenti contro chi li circonda, a tentativi di suicidio, a rifiutare il cibo. Una delle mie ammalate fece testamento e convocò telegraficamente i suoi parenti al suo presunto letto di morte. Gli ammalati sono per lo più molto ritrosi, parchi di parole, perfino stuporosi, raccontano poco le loro idee deliranti, solo più tardi, nella convalescenza, ne raccontano i particolari; il sonno e l' appetito sono di regola molto alterati, il peso del corpo è assai diminuito.

Noi osserviamo queste leggerissime forme di stati di debolezza infettiva specialmente in seguito all'influenza e al reumatismo articolare e talvolta anche nei bambini dopo la tosse convulsa; anche nei tubercolosi e nei coreici si vedono quadri analoghi. La loro durata raggiunge di regola alcune settimane o alcuni mesi; dopo suole incominciare la convalescenza se la causa fondamentale della malattia non seguita a persistere. Tali stati ricordano molto il quadro dell'esaurimento nervoso: i fenomeni sono però notevolmente più gravi ed ostinati e non fanno posto così rapidamente alla calma e alla guarigione; manca inoltre la coscienza chiara della malattia.

Un secondo gruppo è caratterizzato dalla presenza di marcati disturbi psico-sensoriali, da strani delirii e da forti ed ansiosi stati di eccitazione. Di solito essi s'iniziano con grave depressione e con delirio durante la febbre. Gli ammalati non comprendono bene la loro situazione, confondono il luogo e le persone, pensano e parlano sconnessamente. Sussistono contemporaneamente numerosi disturbi psicosensoriali. I morti gridano dietro il letto, al lato opposto vi è una bara; le pareti e la stufa si muovono; donne si siedono sul letto, appaiono il diavolo e la Madonna. L'ammalato non sa se egli si trovi in cielo o all'inferno; si attenta alla sua vita; il suo corpo imputridisce; i genitali puzzano; il capo non è più attaccato al corpo. Tutto pesa su di lui; egli è inchiodato al letto, è già morto.

Questo stato di smarrimento seguita a durare anche quando la febbre ha ceduto e sono scomparsi gli altri fenomeni della malattia. Le idee dell'ammalato diventano a poco a poco più chiare e ordinate, egli si trova meglio nell'ambiente, ma i disturbi psico-sensoriali e le idee deliranti non svaniscono subito. Egli sente voci minacciose, insultanti; alla finestra compaiono fantocci che sputano su di lui: egli viene tirato via dal letto o deve rimanervi soffocato dentro; tanta roba è appesa al suo capo; il suo corpo viene forato o contorto, egli vien tirato per gli abiti. Il cibo è composto di carne di cavallo; egli è perseguitato ed oppresso, è trattenuto contro ogni diritto. Un medico aveva la segreta paura che i suoi colleghi per scopi scientifici volessero tagliarlo a pezzi vivo.

L'umore dell'ammalato è abbattuto, angoscioso, fastidioso, triste; di quando in quando egli ha impetuosi scatti emotivi con tentativi di suicidio, azioni violente, attentati contro chi lo circonda. Gli ammalati sono malcontenti, caparbi; mormorano, rifiutano il cibo. Per lo più sono molto dimagrati, il loro sonno è breve, inquieto e spesso per lungo tempo perdono orine e feci.

Più tardi, quando si presenta vivo appetito e grande bisogno di dormire, scompaiono a poco a poco i disturbi psico-sensoriali e le idee deliranti. Il peso del corpo aumenta, l'umore è più sollevato; l'ammalato comprende i suoi disturbi, comincia ad occuparsi, i suoi pensieri e i suoi sentimenti si riannodano a poco a poco ai tempi precedenti alla malattia. Ciò non pertanto suole rimanere per qualche tempo grande facilità alla stanchezza, diminuzione della capacità psichica e somatica, e debolezza di memoria. Talvolta sembra che non si raggiunga la guarigione completa, ma che l'esito della malattia sia costituito da uno stato di debolezza con una correzione incompleta delle idee deliranti; in alcuni casi si ha la morte per esaurimento o per malattie complicanti.

La *durata* delle alterazioni psichiche raggiunge, anche nei casi favorevoli, parecchi mesi e non raramente più di un anno. Esse si sviluppano per lo più dopo il tifo, e anche dopo il vaiuolo; in forma più leggera dopo il reumatismo articolare e il colera e qualche volta anche nel decorso della tisi.

La *diagnosi* di questa forma quando si tenga conto dell'anamnesi, non riuscirà difficile; tutt'al più, in ammalati di età avanzata, potrebbe venir confusa con una malinconia occasionata dalla malattia acuta. L'insorgere d'intensi disturbi psico-sensoriali, la preponderanza delle idee di persecuzione sulle idee di peccato, l'umore straordinariamente eccitabile in opposizione all'ansia dei malinconici servono alla diagnosi. Per differenziare dalla *dementia praecox* si terrà conto della forte emotività e specialmente della grave alterazione iniziale della percezione dell'impedimento psichico e dell'orientamento, nonchè della mancanza di negativismo e di stereotipia; contro uno stato di depressione circolare parleranno l'assenza dell'arresto psichico-motorio e le condizioni somatiche.

Anche la terza e più grave forma degli stati di debolezza infettiva suole cominciare con violenti delirii, ma si cambia ben presto in uno stato stuporoso. Gli ammalati malgrado il miglioramento dei fenomeni somatici diventano incapaci di percepire ed elaborare le impressioni esteriori, sono smemorati, indecisi. Il loro umore è indifferente, talvolta piagnucoloso; essi sono silenziosi, ottusi o puerilmente inquieti: talora giacciono a letto immobili, incapaci a nutrirsi o a tenersi puliti, sicchè debbono venire assistiti come bambini. La nutrizione è in genorale estremamente diminuita; talora si osservano anche i segni di una grave malattia cerebrale: paralisi unilaterale, disturbi della parola, convulsioni epilettiformi.

La *prognosi* di questa malattia, che si riscontra principalmente dopo il tifo, talvolta nella malaria e in forma più leggera anche dopo il colera, è molto incerta. Solo in circa la metà dei casi e dopo una durata per lo più lunghissima che si estonde a molti mesi, si ha in modo piuttosto rapido una completa guarigione. Negli altri casi si ha un graduale miglioramento, ma permane una deficienza psichica ed emotiva, sicchè i malati sono poveri di pensieri, smemorati, irresoluti, indifferenti e deboli di volontà. In due casi di questa specie vidi permanere attacchi epilettici.

La *diagnosi differenziale* tra questo stato e lo stupore catatonico si fonda oltre che sull'anamnesi e sui possibili fenomeni cerebrali, sulla mancanza del negativismo; con la pazzia circolare sulla mancanza dell'arresto e sui disturbi della memoria. Il *trattamento* di tutte queste

forme consiste essenzialmente in una diligente cura fisica, di cui il riposo a letto, il cibo abbondante, la pulizia e la buona sorveglianza costituiscono la base.

Assai simili a quest'ultimo gruppo sarebbero quelle forme indicate da Korssakow col nome di « cerebropatia psichica tossiemica », le quali si manifestano in seguito a gravi infezioni e segnatamente in seguito a tifo, a influenza, setticemia (1). Esse sono caratterizzate da spiccate alterazioni nella fissazione dei ricordi, insieme con disorientamento e con i segni fisici della polinevrite. A ciò si aggiunge eccitazione delirante o impedimento psichico stuporoso. Si tratta evidentemente di estese azioni tossiche che ledono l'intero sistema nervoso. Solo in base all'anamnesi e al decorso noi possiamo distinguere i casi di psicosi di Korssakow che hanno origine infettiva, da quelle d'origine alcoolica che esamineremo più tardi; pure ci riesce talvolta per mezzo di una esatta analisi del quadro sintomatico di scoprire differenze cliniche: la durata della malattia si estende, se non segue subito la morte, oltre varii mesi; l'esito sembra essere in generale più favorevole di quello delle forme alcooliche. La cura segue gli stessi principii degli altri stati di debolezza infettiva: pure in vista dell'atrofia muscolare spesso assai rilevante, è raccomandabile dopo la scomparsa dei fenomeni acuti, di agevolare per quanto è possibile col massaggio, con gli esercizi e con la faradizzazione, la neoformazione del tessuto muscolare.

Un'impronta esternamente diversa dalle alterazioni finora osservate si riscontra in un più grande gruppo di casi, che vengono osservati specialmente in seguito al tifo e qualche volta in seguito al colera. Si tratta qui del rapido sviluppo di *vivaci e confusi stati di eccitazione con accentuata fuga delle idee e stravaganti idee di grandezza.* Dopo lievi indizii gli ammalati cominciano, ordinariamente già durante il periodo febbrile, a manifestare grande irrequietezza. Essi perdono l'orientamento, non percepiscono più bene, si distraggono facilmente, sentono voci, vedono angeli sul soffitto, fiori nella stanza, figure di teatro con le quali fanno conversazione. Contemporaneamente si presenta un evidente delirio di grandezza che rassomiglia molto a quello dei paralitici. L'ammalato è Dio, la sua bevanda nettare; egli possiede innumerevoli castelli, riceve visite di re e di imperatori, ha rapporti sessuali con principesse. Le persone e gli avvenimenti vengono riguardati in modo corrispondente. Gli altri ammalati sono alte personalità, alcuni pezzi di carta sono biglietti di Banca di grande valore, l'eruzione

(1) Friedlander, *Monatschrift fur Psychiatrie, VI,* 449; Raimann, *Idem, XII,* 329.

di acne rappresenta la traccia di palle nemiche; con le feci e con lo sputo formano inestimabili opere d'arti e brillanti. L'ammalato vaneggia nel modo più insensato, ma si lascia guidare con grande facilità. L'umore è ora sdegnoso ed eccitabile, ora allegro ed euforico, ma variabile, sicchè spesso l'allegria si trasforma in pianto. Manca ogni coscienza della malattia; un ammalato estremamente debole con contratture ad ambedue gli arti inferiori, asseriva di poter sollevare con una mano il monumento a Goethe in Francoforte. Accanto a ciò si riscontra un vivace impulso a parlare, fuga delle idee, tendenza a far versi senza senso, scritti confusi, disegni strani. Gli ammalati sono inquieti, non restano a letto, cantàno, scarabocchiano, dormono poco e mangiano irregolarmente. La nutrizione è molto deperita.

Il quadro morboso suddescritto, che io stesso ho potuto finora osservare due volte, è forse soltanto un ulteriore sviluppo della già descritta seconda forma del delirio iniziale. È dubbio se esso debba essere considerato come una malattia speciale differente dagli stati depressivi, tanto più se riflettiamo che nella paralisi progressiva s'incontrano pure quadri diversi come quadri dello stesso processo patologico. La somiglianza ulteriore di questo quadro con le forme espansive della paralisi è molto manifesta. La distinzione clinica è resa possibile dalla anamnesi, dalla mancanza della rigidità pupillare e dei disturbi della parola, e alcune volte anche dall'età; i miei due ammalati erano entrambi giovanissimi. Per la diagnosi differenziale con gli stati di eccitazione maniaca sono da osservare il grave disturbo dell'orientamento, l'abbondante formazione di delirii affatto insensati e specialmente i segni della debolezza mentale (disturbi nella fissazione dei ricordi, povertà di pensiero, facilità a stancarsi), che sono assai manifesti nei periodi di quiete.

Il *decorso* della malattia in una parte dei casi è rapido e favorevole. Generalmente però l'eccitazione e i delirii spariscono gradualmente solo dopo parecchi mesi. Gli ammalati restano ancora per qualche tempo eccitabili, facili a stancarsi; ad ogni sforzo psichico ricadono con straordinaria facilità nel flusso delle idee e nello stravagante vaneggiamento; mostrano un'allegria insulsa, millantatrice, finchè, accompagnata da un considerevole aumento del peso del corpo, si compie la guarigione definitiva. In un numero non esiguo di casi lo stato di debolezza sembra che non scompaia completamente; permangono invece strane idee deliranti e si giunge infine ad una durevole demenza.

Anche qui la *cura* consiste solo nel risparmiare il cervello ammalato col tenere lontano le cause nocive (riposo a letto, bagni a permanenza) e nello stabilire le condizioni più favorevoli per la guarigione, delle condizioni fisiche (ipernutrizione).

II

Psicosi da esaurimento

Col nome di psicosi da esaurimento noi indichiamo quelle forme di alterazione psichica che sono causate da un uso eccessivo o da una compensazione insufficiente del materiale nervoso nella corteccia cerebrale. È forse giustificata l'ipotesi di un esaurimento acuto in quelle psicosi che si collegano direttamente a *gravi perturbamenti somatici* e specialmente a malattie acute, a gravi perdite di sangue, a puerperio. Non si deve però certamente escludere la possibilità di un'influenza tossica di microrganismi o di sostanze regressive. Forse perciò le forme di pazzia, ora attribuite ad esaurimento, si dovranno più tardi unire ad altri gruppi etiologici. Io credo già di poterlo affermare per la demenza acuta, la quale secondo la mia esperienza appartiene agli stati infettivi di debolezza, quando non forma parte della catatonia o della psicosi maniaco-depressiva. Al contrario debbono essere qui descritte come psicosi acute da esaurimento anche i due quadri morbosi del *delirio da collasso* a decorso acuto e della *confusione mentale acuta* (Amentia), i quali malgrado un decorso diverso sembra presentino alcune proprietà comuni; una alterazione profonda della percezione, della associazione delle idee e dell' attività mentale in genere. A ciò sogliono aggiungersi disturbi psico-sensoriali, fuga delle idee ed eccitamento motorio.

Altre cause importanti di esaurimento sono l'eccessiva fatica intellettuale ed emotiva e le *lunghe malattie inguaribili*. I fenomeni morbosi determinati da queste cause si sviluppano più lentamente e sono poco appariscenti, ma hanno importanza pratica maggiore delle psicosi acute da esaurimento, perchè sono molto più frequenti. Ci sia permesso di riunirle sotto il nome di *esaurimento nervoso cronico*.

A. — *Delirio da collasso*

Il delirio da collasso è uno stato di *depressione e di grande confusione con disturbi psico-sensoriali fantastici, fuga delle idee, cambiamenti di umore e viva eccitazione motoria* che si sviluppa in modo impetuoso. Di regola la malattia incomincia improvvisamente; talvolta qualche tempo prima si notano insonnia e leggera irrequietezza. Gli ammalati perdono subito l'orientamento, talchè l'ambiente sembra ad essi cangiato e ignoto. La coscienza si offusca; insorgono ogni sorta di illusioni strane, quasi sempre anche allucinazioni e « apparizioni splendide » spesso in grande quantità. Le tappezzerie mostrano visi torvi; un crocifisso fa cenni con la testa; angeli entrano volando dalla finestra; i vicini chiamano dal di fuori; suona la campana dei condannati a morte. Gli ammalati si credono in situazioni favolose, assistono alla rovina del mondo, ai proprii funerali, attraversano una quantità di avvenimenti straordinarii e succedentisi fantasticamente. I loro pensieri e le loro parole si confondono, si manifesta in essi la fuga delle idee, e cominciano a dire o a cantare *allitterazioni* insensate, racconti, anche versi o rime. Un esempio ci viene fornito dal seguente scritto di un ammalato, che divenne confuso durante la crisi di una polmonite ed è ora da nove anni in piena salute:

« Soffia un lumioino — non urtare — non lasciare — non gass — egli misurava lass das finchè c'è luce nel mondo — finchè il buon sole splende — No I — versare olio nelle fiamme — finchè o'è luce, luce nel mondo — olio nella fiamma — ma soffia uno fuori — Glas — uno — nessuno — naus — glaus — Iohannes Bronner No 1 — lass es — schass es — Gockel, Gockel — Luneburger Heide — Heidelberg — un piccolo lume, Häsel — una piccola lampada — non lo bere — non reselo — lasciare un poco alla fronte, agli astri, ecc. ».

Sussistono ordinariamente idee deliranti mutevoli e incoerenti; i malati hanno partorito il Redentore del mondo, portano la corona di spine e debbono perciò venire inchiodati sulla croce o annegati, ma un santo non può perire. Il nemico maligno li insidia, li ha tagliati in pezzi; le potenze delle tenebre sono vinte. Non riconoscono più affatto l'ambiente: la loro stanza è l'inferno, un tempio, il medico è Cristo, il parroco o un conoscente qualunque.

L'*umore* è preponderantemente allegro e qualche volta un po' erotico; vi si mescolano anche scoppi transitorii di ansia e di furore. Vi è sempre una viva *eccitazione motoria*. Gli ammalati non restano a letto, vogliono uscir fuori, andare alla finestra; strisciano fino agli altri amma-

lati, si spogliano, si strappano busti, si insudiciano. Essi ciarlano vivacemente ora ad alta voce e con orgoglio, ora sussurrano misteriosamente, gesticolano, fanno smorfie, soffiano, fischiano, battono le mani. Generalmente è impossibile ottenere da essi una risposta sensata; solo di tempo in tempo essi dànno una breve risposta ad una domanda semplice o sèguono un invito. Spesso nel bagno, nello svestirsi o in altre funzioni necessarie s'incontra una resistenza insensata, senza motivo. Alcune volte sembra sussistere un confuso senso di malattia. Quando la malattia raggiunge l'acme il *sonno* scompare completamente; tutt'al più si ha un breve e interrotto sonnecchiare. I malati si nutrono molto irregolarmente; talvolta respingono o sputano ogni cosa, mentre poco dopo ingoiano avidamente il cibo, o per lo meno si lasciano imboccare. Lo *stato di nutrizione* è sempre pessimo. Gli ammalati sono freddi, pallidi, spesso spaventosamente dimagrati e deboli, sebbene nella loro inquietudine sembra che non si accorgano di ciò. Il peso del corpo diminuisce con rapidità straordinaria. Il polso è piccolo, spesso molto rallentato. I riflessi sono aumentati e alcune volte io vidi un vivo tremore. Non raramente si trovano sulle pelle scalfitture e ecchimosi in seguito alla mancanza di riguardo con cui gli ammalati muovono le loro membra.

La *durata* del delirio da collasso è di regola solo di alcuni giorni, talvolta soltanto di ore, raramente maggiore di una o due settimane. La coscienza ricompare quasi sempre improvvisamente, spesso dopo un lungo sonno. Le allucinazioni sono svanite, gli ammalati cominciano a comprendere, riconoscono l'ambiente, si rendono conto della loro malattia, prendono cibo. In alcuni casi la lucidità può essere interrotta per breve tempo da un ritorno della confusione. Il *ricordo* della psicosi superata è per lo più confuso. Gli ammalati sono di rado in istato di raccontare con coerenza i singoli avvenimenti deliranti. L'eccitazione e l'inquietudine cedono poco a poco il posto al bisogno di riposo e alla debolezza. L'appetito di solito aumenta notevolmente e il peso del corpo cresce quasi tanto rapidamente, quanto rapidamente esso era diminuito; alcune volte una o due libbre al giorno, non raramente venti o trenta libbre nello spazio di poche settimane. La curva (fig. 2) qui sopra, evidentemente non completa al tempo del licenziamento, appartiene all'ammalato da cui ho tratto l'esempio sopra riferito.

120
110
100

Fig. 2. — Delirio da collasso in seguito a polmonite (peso del corpo).

L' *esito (quoad mentem)* del delirio da collasso è generalmente favorevole quando si riesce a mantenere in vita gli ammalati. Il pericolo dell' esaurimento fisico è certo molto grande a causa del miserevole stato dell'ammalato, specialmente se la malattia che ne è stata causa porta con sè anche speciali lesioni. In alcuni casi che appartenevano apparentemente a questo gruppo, Alzheimer vide nell'intera corteccia cerebrale un esteso deposito di granuli di sostanza cromatica, con leggera colorazione delle parti non colorabili, senza aumento della nevroglia e per lo più anche senza alterazione del nucleo. D'altra parte nel rapido decorso della psicosi si ha talvolta la soddisfazione di veder prendere una improvvisa e sorprendente piega favorevole anche a casi che sembravano addirittura disperati.

La prima ed eccellente descrizione del delirio da collasso è stata fatta nel 1866 da Hermann Weber, il quale lo osservò dopo la crisi che segue alle malattie acute. La polmonite e l'eresipela in modo speciale, ma anche altre malattie acute e il puerperio sembra abbiano la proprietà di sviluppare questo quadro morboso. Eccitazioni emotive dànno facilmente la spinta per lo scoppio del delirio. Appunto l'unione frequente con malattie acute deve risvegliare il sospetto che qui abbiano parte notevole azioni tossiche, sebbene l'alterazione psichica si presenti solo quando i fenomeni infettivi sono scomparsi. D'altra parte le esperienze sui delirii dell'insonnia ottenuta artificialmente sono favorevoli a far credere che il semplice esaurimento possa realmente produrre la pazzia. Anche i risultati di esperimenti psicologici sulle notti passate al lavoro ci hanno insegnato che si sviluppa allora una ottusità della capacità di percezione, una speciale eccitazione sensoriale e un aumento della eccitabilità psico-motoria, alterazioni che si ripresentano nelle cosidette psicosi da esaurimento.

La delimitazione clinica del delirio da collasso è sempre dubbia. Da molti anni io non vedo più un caso che si possa ascrivere senz'altro a questo quadro morboso e anche l'esame e l'osservazione consecutiva alle osservazioni precedenti mi hanno dimostrato che alcuni di essi erano certamente da interpretarsi come forme catatoniche o maniache. Altri ancora, e specialmente i casi in seguito a reumatismo articolare, influenza e corea, debbono interpretarsi più giustamente come delirii infettivi. Rimane però un piccolo gruppo di casi in cui noi abbiamo forse essenzialmente da fare con un decadimento psichico da esaurimento. In contrapposizione con i delirii infettivi, è da notare che gli ammalati sembrano meno coscienti che confusi, che i disturbi psicosensoriali e le rappresentazioni deliranti sono maggiormente marcate,

e sussistono accenni di fuga delle idee; e che i movimenti, piuttosto che impulsivi, sono senza scopo. L'intero quadro somiglia più agli stati deliranti della follia maniaco-depressiva, da cui, per quanto ho visto finora, eccettuata la sua origine in seguito ad influenze depressive e l'insieme del decorso, differisce principalmente solo per la più intensa confusione e per la maggiore vivacità dei disturbi psicosensoriali. L'avvenire ci dirà se con osservazioni più estese sarà possibile determinare meglio i caratteri distintivi. Le eccitazioni catatoniche si distinguono per la maggior coscienza e per le particolari alterazioni della volontà; gli stati crepuscolari epilettici per la più intensa depressione, per il colorito emotivo più uniforme, ora angoscioso, ora estatico, e per la stretta relazione delle espansioni della volontà con rappresentazioni o con scoppi emotivi. Oltre a ciò qui, come nei delirii paralitici meglio determinati dai caratteri somatici, è sempre necessaria l'anamnesi per poter apprezzare con giustezza il quadro morboso.

Il *trattamento* di questa malattia deve adempiere a compiti assai importanti e nello stesso tempo assai fruttuosi; non vi è alcuna alterazione psichica in cui l'azione del medico possa tanto influire sulla sorte del paziente. Per simili ammalati è necessario al più presto possibile il bagno a permanenza. Si ottiene così quasi sempre ed assai presto una certa calma; gli ammalati rimangono volentieri nel bagno e cominciano spesso a cibarsi abbondantemente. Se questo non accade, e se con l'offerta frequente di pietanze molto nutrienti non si raggiunge lo scopo, bisogna senza indugio far uso della sonda, tentando per quanto è possibile una ipernutrizione. Dopo un abbondante pasto accade non raramente che i malati si addormentino. Se la nutrizione a mezzo della sonda incontra difficoltà (emorragie dello stomaco, restringimento, vomito), o se l'avanzato esaurimento richiede un pronto intervento, non si esiti a valersi della ipodermoclisi. Si ottiene così ordinariamente un rischiaramento della coscienza ed una spontanea accettazione del cibo; tale effetto è certo dapprincipio solo transitorio, ma può essere, quando occorra, rinnovato. Talvolta sono sufficienti i clisteri di cloruro di sodio.

In vista dello stato complessivo dell'organismo, i rimedi calmanti che stordiscono si adopereranno solo con la più grande prudenza. Di regola io mi sono limitato all'alcool e alla paraldeide che si possono aggiungere al cibo. Al contrario è talvolta opportuno l'uso di mezzi eccitanti, come caffeina, caffè forte, canfora e in alcuni casi strofanto. Appena sopravviene la calma, la terapia ha il solo compito di tener lontano l'ammalato, ancora molto sensibile, da ogni causa esterna nociva

e specialmente dalle eccitazioni emotive finchè si sia raggiunto completamente l'equilibrio fisico e psichico precedente. Indice della guarigione è in prima linea il ritorno al precedente peso del corpo.

B. — *La confusione mentale acuta (Amentia)* (1)

Sotto il nome di confusione (*Amentia*), Meynert ha descritto una forma di malattia che è caratterizzata principalmente dall' insorgere di un turbamento più o meno profondo della coscienza, accompagnato da svariati fenomeni di eccitazione sensoriale e motoria. In seguito ad un concetto essenzialmente sintomatico, al relativo quadro morboso si trovano riuniti una serie di stati che, secondo la mia convinzione, dovrebbero essere distinti gli uni dagli altri, come p. e., oltre al delirio da collasso appunto ora descritto, alcune alterazioni psichiche epilettiche e periodiche. Mi sembra dunque più adatto di conservare la denominazione di *Amentia* solo per un certo gruppo delle osservazioni di Meynert, ossia per quei casi in cui *in seguito ad una lesione esterna si svolge acutamente uno stato di confusione fantastica, di falsificazioni illusorie o allucinatorie della percezione, e di irrequietezza motoria,* stato che nei casi più favorevoli conduce alla guarigione in due o tre mesi *al minimo.* Forse noi possiamo considerare questo gruppo di malattie come un delirio da collasso prolungato. Essa corrisponde in parte alla « pazzia allucinatoria delle puerpere » descritta da Fürstner.

La malattia comincia di solito con insonnia e irrequietezza interna. Gli ammalati sono angosciati, eccitati, smemorati; hanno presentimenti di morte, non possono più collegar bene i loro pensieri e si lagnano di depressione o di confusione. In pochi giorni l'alterazione aumenta fino alla completa incapacità di riconoscere l'ambiente e gli avvenimenti. Tutto sembra mutato; le persone non vengono riconosciute; isolate o numerose *allucinazioni* si presentano nei varii dominii sensoriali e, al pari delle vere impressioni falsificate, esse vengono elaborate in *idee deliranti,* confuse e contraddittorie. Gli ammalati vedono figure nell'aria, l'ebreo errante, il diavolo nella stufa, uccelli volanti, animali

(1) Meynert, *Jahrb. f. Psychiatrie,* 1881; *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie* 33; Mayser, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XLII,* 1; Wille, *Archiv f. Psychiatrie, XIX,* 2; Chaslin, *La confusion mentale primitive,* 1895; Poulsen, *Studier over primaer idiopathisk amentia.* 1896; Hoche, *Das halluzinatorische Irresein, Deutsche Klinik, VI,* 2, 1902.

feroci sotto il letto, due impiccati alla finestra; essi sono derisi, odono rimproveri, minacce, promesse. Si sentono chiamare, viene cantata una canzone « come se non ci fosse più alcun dio ». Tutto è morto in casa, una battaglia è stata combattuta per colpa loro, ha luogo il giudizio di Dio; essi debbono fare la doppia lotta a Getsemani. Si lotta nell'aria con specchi e magnetismo, hanno luogo congiure, si presentano serpenti e spiriti; il diavolo viene in tre aspetti diversi. Gli ammalati temono di essere avvelenati, uccisi, messi a bollire, arrostiti o giustiziati nella cantina, giacchè essi sono « il più spaventoso di tutti i draghi »; essi sono già morti, il carro funebre esce già di casa.

In alcuni casi preponderano le idee di grandezza: gli ammalati sono persone altolocate, sono stati in cielo, hanno visto il Salvatore, partono per l'America. Non di rado cadono allora in uno speciale « *favoleggiare delirante* ». La percezione dell'ambiente reale è sempre molto imperfetta. Gli ammalati sono distratti, difficili ad orientarsi, non sanno bene dove si trovino, confondono le persone senza che vi sia somiglianza fra di esse, ma mantengono spesso per lungo tempo le false denominazioni date.

L'*attenzione* degli ammalati è rivolta all'ambiente ed essi si affaticano a percepire e a comprendere quanto avviene intorno ad essi. Quasi sempre per mezzo di oggetti messi loro innanzi, di gesti, di parole si riesce a volgere il corso dei loro pensieri in una direzione determinata. Tanto più notevole è però la incapacità di *comprendere* esattamente anche le cose più semplici. A parecchi di questi ammalati sembra tutto falso, confuso, storto. Ad essi viene misurata la temperatura con termometri falsi; si danno loro « falsi giornali », è sempre « tutto diverso », essi sono capitati « in un luogo perfettamente opposto » a cui essi non appartengono, non sono « quello » e non sanno « che cosa tutto ciò significhi ». Le cose più usuali acquistano in tal modo un aspetto enigmatico, incomprensibile e spiacevole. L'ammalato non sa come regolarsi di fronte ad esse, e ciò si rileva quasi sempre anche dal suo modo di procedere. Le porte vengono sempre aperte e chiuse così; un pacchetto viene posto sul tavolo eppoi una persona fa cenni con la testa: ora si dice una cosa, ora un'altra; ad un tratto appariscono tante donne, « perchè si mettono esse così? » Inoltre si manifesta generalmente un chiaro sentimento di questa incapacità a comprendere; l'ammalato si tormenta perchè non può pensare bene, perchè lo « si confonde completamente »; desidera di andar via per uscire finalmente da questa confusione. Questi ultimi casi in cui i veri disturbi psicosensoriali scompaiono di fronte all'alterazione della percezione, sono stati

da me precedentemente descritti come *confusione astenica* in contrapposto alla forma *allucinatoria*. Ma l'ulteriore osservazione mi ha tuttavia dimostrato esser più adatto che i due quadri morbosi vengano compresi sotto un'unica denominazione.

Certo noi abbiamo qui da fare con un grave *disturbo mentale*, il quale si manifesta chiaramente anche nella *confusione* del corso dei pensieri, confusione che ha dato il nome alla psicosi. Gli ammalati sono incapaci di condurre a fine un racconto, poichè vi si frammischiano sempre altre rappresentazioni. Parole udite per caso, o rumori s'intrecciano sùbito nei loro discorsi. Talvolta le espressioni degli ammalati si risolvono in parole tronche e incoerenti. Spesso si hanno assonanze e rime. Il seguente scritto ce ne fornisce un esempio:

« Lei non ha bisogno di occhiali d'oro, argento, di pietre preziose — si è così spesso immerso nel mare dell'eternità — e tutti vogliono essere condannati — ed io non mi devo vergognare de' miei primi genitori — ed io ho pure meritato una corona d'alloro, ma non l'ho ancora ricevuta in presenza del Signore, e questa consacrazione delle bandiere (guardate fuori le bandiere per il genetliaco dell'Imperatore) non era però dove io davanti ai miei alunni, ma io voglio ottenere la vittoria e festeggiare una giusta consacrazione di bandiere e consacrare una bandiera per l'intera Germania, non prima che io veda la mia bandiera che mi appartiene in giudizio — questa giusta bandiera ho io nè spargimento di sangue, nè innocenza, dove tutti desideravano ancora di giungere, non prima che essi vedano la giusta bandiera; essa non è d'oro, non rossa, non nera, non gialla come la falsità — troppa falsità usano le bambinaie e buttano ad uno veleno nel cibo, perchè i morti ritornino vivi ».

Accanto ai segni della fuga delle idee e della distraibilità è manifesta la falsità di singole rappresentazioni; si osservano inoltre completa incoerenza, idee confuse di persecuzione e il sentimento che non « sia giusto ». La *coscienza* è turbata, sognante: l'ordinamento delle impressioni e delle rappresentazioni è straordinariamente difficoltato. Questi fenomeni sono maggiormente spiccati nel tempo in cui gli ammalati sono calmi. La confusione, quando l'umore è completamente calmo e indifferente, offre un quadro molto originale.

Nell'amenza l'*umore* è molto vario. Qualche volta prepondera persistentemente uno stato allegro, più spesso una certa depressione. E si hanno quasi sempre notevoli cangiamenti; brevi momenti di euforia con eccitazione sessuale, risa, canti o scoppi d'irritazione collerica si sviluppano sul fondo di un leggiero malessere angoscioso e di sfiducia. Di tempo in tempo si presentano anche segni di ottusità o di stati di tensione interna con eccitazioni violente, grida, pianti, insulti.

Nella *condotta* degli ammalati si manifesta un più o meno marcato impulso al movimento. Essi sono irrequieti, non rimangono coricati, tentano di fuggire, si spogliano, stracciano, annodano i lenzuoli gli uni agli altri, battono il tamburo con le dita, strepitano, si arrampicano, afferrano oggetti luccicanti, si aggrappano. Cantano, ciarlano, predicano; storpiano puerilmente le parole; in alcuni momenti si stizziscono, battono, spingono e sputano; buttano il cibo nella stanza, pronunziano confuse invettive. Compiono le loro azioni senza molta rapidità, senza grande energia, senza un piano prestabilito, senza coerenza; l'eccitazione sopraggiunge di solito ad accessi, mentre nei periodi intermedii si può avere calma perfetta. L'espressione del viso è variabile.

Il *sonno* degli ammalati è sempre molto disturbato non raramente l'inquietudine suole aumentare nella notte. *L'ingestione dei cibi* è fin dall'inizio esigua. Di tempo in tempo a causa della confusa inquietudine e della angosciosa diffidenza degli ammalati, si giunge al completo rifiuto di ogni cibo. Il *peso del corpo* diminuisce perciò notevolmente; però lo stato di nutrizione rimane per lo più migliore che nel delirio da collasso. I riflessi sono spesso aumentati, il polso è tardo, la temperatura più bassa del normale; talvolta i malati sono sudici.

La malattia raggiunge il suo acme abitualmente nelle due prime settimane. L'ulteriore *decorso* è d' ordinario in particolar modo oscillante. I fenomeni impetuosi cedono a poco a poco; gli ammalati acquistano una certa coerenza nei pensieri e nei discorsi, benchè si mostrino transitoriamente di nuovo affatto disorientati e molto inquieti. Non di rado, già al principio della malattia, si hanno *interruzioni* brevi e profonde, durante le quali per ore e anche per giorni si riscontrano completa chiarezza, lucidità e scomparsa delle allucinazioni. Quando questi miglioramenti sopravvengono improvvisamente e immediatamente non hanno lunga durata. La vera guarigione suole svolgersi sempre con una lenta diminuzione di tutti i fenomeni morbosi. Di regola gli ammalati sono già divenuti da lungo tempo tranquilli, mentre ancora non possano collegare i loro pensieri abbastanza bene da comprendere ciò che avviene nell'ambiente e rendersi conto della loro situazione.

Nei discorsi lunghi, nelle lettere, gli ammalati a causa della loro grande facilità alla stanchezza, ricadono molto facilmente nella confusione, anche se al principio erano completamente chiari e coerenti. Oltre a ciò nei casi più lievi e più frequenti, malgrado il risorgere della completa coscienza, esiste ancora per qualche tempo, per alcune settimane, un umore lievemente eccitato o depresso che si manifesta ordinariamente o in attività, in lunghi discorsi, in un elevato sentimento

di sè, o in sfiducia, pusillanimità, ansietà, pensieri di morte e anche in grande eccitabilità. La durata complessiva della malattia non suole oltrepassare i tre o quattro mesi.

Anche quando esistono disturbi più gravi gli ammalati ricuperano la ragione in pochi mesi, ma alcune illusioni sensoriali persistono per un tempo più lungo, senza però che queste vengano elaborate in modo delirante. Gli ammalati odono chiamate, e nel cinguettio degli uccelli, in un fischio lontano percepiscono, talora, inviti o minaccie. Talvolta appare fugacemente un'idea insensata di grandezza o di persecuzione, che viene però ben presto dimenticata. Gli ammalati raccontano solo imperfettamente le loro precedenti rappresentazioni deliranti, sono ancora diffidenti, oppressi o scontenti, ed eccitabili; vogliono andare a casa, si stancano molto facilmente. Specialmente nel tempo delle mestruazioni possono sopravvenire eccitazioni più forti; ma a poco a poco anche questi fenomeni svaniscono. I disturbi psicosensoriali e le idee deliranti scompaiono completamente; gli ammalati diventano più affabili, più accessibili e un poco più perspicaci, ma dalla minima capacità di resistenza psichica e dal non rendersi essi chiaramente conto della loro malattia, si comprende bene che non è ancora raggiunta la guarigione completa. Prima di ottenere uno stato in certo modo stabile, debbono passare molti mesi ed anche anni: sono state anche osservate ricadute dopo vive impressioni psichiche o lesioni fisiche.

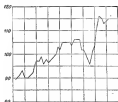



Fig. 3 — Amenza durante il puerperio.

La fine del processo morboso è indicata dall'aumento del peso del corpo che suole avvenire nei casi lievi rapidamente, nell'esito per ultimo descritto, invece, lentamente e con molte oscillazioni. L'annessa figura III mostra un decorso dalla malattia durata oltre dieci mesi e mezzo con ripetuti peggioramenti e con guarigione finale. Non si può dire che nell'amenza sia frequente l'esito *letale*, ma nei casi di eccitazione iniziale di alto grado o in istati fisici specialmente sfavorevoli (vizii di cuore, tisi, sepsi) può aversi un collasso; si deve inoltre tener conto della possibilità di un tentativo di suicidio.

Cause dell'amenza sono le influenze esaurienti e segnatamente il puerperio, gravi malattie fisiche, perdite di sangue, forse anche altri profondi disturbi somatici (eccesso di lavoro, veglie). È per me molto

dubbio se debbano calcolarsi qui i quadri analoghi che insorgono dopo il decorso di malattie infettive acute (reumatismo, eresipela, tifo); essi dovrebbero esser ritenuti di regola come stati di debolezza infettiva. L'ultima causa occasionale per lo scoppio di questa psicosi è data non raramente da una violenta commozione dell'animo. Per motivi facili a comprendersi il sesso femminile è rappresentato molto piú largamente di quello maschile.

La *diagnosi* dell'amenza sarà di solito possibile con facilità, tenendo conto delle condizioni causali, dell'inizio acuto e dei sintomi caratteristici: difficoltà di percezione malgrado sia mantenuta l'attenzione, illusioni e allucinazioni, deviabilità della attenzione, spiccati disturbi della riflessione fino alla confusione, fuga delle idee, umore variabile, eccitazione motoria più o meno intensa. Solo di fronte alla *catatonia* e ad alcuni stati di eccitazione *maniaca* insorgono difficoltà rilevanti. Prima di tutto si deve qui annettere importanza al rapporto della malattia con una causa esauriente; pure spesso ci vien meno anche questo appoggio, poichè il puerperio specialmente può esercitare anche per quelle malattie un'azione determinante. Il quadro clinico per sè stesso può venir distinto dalla *mania* per la notevole sproporzione fra la grave alterazione della percezione e dell'intelligenza da un lato e l'eccitazione pischica dall'altro, ciò che suole durare nell'amenza fino a convalescenza inoltrata. Gli ammalati sono ancora confusi e psichicamente incapaci anche quando l'eccitazione è scomparsa da lungo tempo, mentre gli ammalati maniaci, anche nella maggiore agitazione, sogliono percepire abbastanza bene e riconoscere l'ambiente. Inoltre nell'amenza l'eccitazione decorre lentamente, senza un andamento regolare e in modo più lento di quello che suole avvenire nell'eccitazione motoria della mania. Gli ammalati parlano e agiscono meno precipitosamente e hanno spesso momenti intermedi completamente tranquilli; ma malgrado ciò sono confusi, irresoluti. Di fronte alla *catatonia* è da tener conto sopratutto della grave alterazione della percezione e dell'orientamento, mentre è mantenuta la attenzione. I catatonici, anche nella massima agitazione, sogliono sorprendere per il loro rendersi conto dell'ambiente, per il giusto calcolo del tempo, per il riconoscimento delle persone, per la memoria con cui rammentano gli avvenimenti degli ultimi tempi. All'incontro i malati di amenza anche nella calma, al di fuori delle remissioni che possono aver luogo nell'inizio, si orientano difficilmente o non si orientano affatto, non riconoscono le persone del loro ambiente abituale, dimenticano rapidamente quello che accade. A ciò si aggiunge la mancanza di marcati sintomi catatonici. Può certo

esistere catalessi e automatismo al comando, ma il rigido negativismo, la verbigerazione, il mutacismo, gli atteggiamenti stereotipi, il manierismo e i capricci, parlano sempre contro l'amenza.

Nei limiti così stabiliti l'amenza è una malattia abbastanza rara. Se seguiamo attentamente la sorte dei nostri ammalati, vediamo che il numero dei casi sicuri si restringe in modo rilevante, specialmente a favore della catatonia e della psicosi maniaco-depressiva. Pure io credo che la diagnosi d'amenza possa essere sostenuta per un piccolo e determinato gruppo di casi, che secondo la nostra esperienza sorpasserebbe difficilmente il $^1/_2$ o l'1 $^0/_0$.

A causa della nostra ignoranza sulla condizione essenziale dell'amenza io non mi posso decidere ad ammettere la *cura* di essa per mezzo di veleni batterici, come era stato proposto da Binswanger. Io credo piuttosto che noi dobbiamo semplicemente adempiere a quelle indicazioni che provengono direttamente dall'esistente esaurimento. La calma si ottiene col riposo a letto o con i bagni. Opportune somministrazioni di ipnotici (alcool, bromo, trionale, paraldeide) possono rendere buoni servizii nelle agitazioni forti e invincibili. Il nutrimento richiede accurati riguardi. Nelle minacce di esaurimento si deve subito ricorrere alla sonda per ottenere una abbondante introduzione di cibo. Se lo stomaco è in buone condizioni è anche qui raccomandabile di tentare l'ipernutrizione, che non di rado porta la calma. Nelle minacce di collasso si farà uso di trasfusioni. Stante la grande tendenza alle ricadute bisogna proteggere bene gli ammalati da ogni causa nociva durante la convalescenza e specialmente bisogna guardarsi dal dimetterli prematuramente. In ogni caso, oltre al ritorno completo e durevole della calma, della lucidità è sempre necessario attendere il raggiungimento del normale peso del corpo e in dati casi anche il ritorno delle mestruazioni: è una prova di pazienza talvolta spiacevole a causa delle insistenze dell'ammalato e di quelle ancora maggiori dei parenti, ma assolutamente necessaria.

C. — *L'esaurimento nervoso cronico.*

L'esaurimento nervoso cronico, come noi lo descriveremo qui appresso, corrisponde a quegli stati che si sogliono generalmente indicare sotto il nome di *neurastenia acquisita*. Tra questa malattia e gli stati psicopatici della neurastenia originaria esistono senza dubbio gradi intermedii in cui le cause esterne da un lato e la predisposizione morbosa dall'altro concorrono allo sviluppo della malattia. Pure io non

sono stato il solo a notare la confusione portata nell'esposizione clinica della neurastenia dall'aggruppamento di quadri morbosi tanto divergenti gli uni dagli altri. Ho tentato perciò di separare qui prima di tutto quei fenomeni morbosi che, anche in individui non predisposti, possono venir prodotti da cause esaurienti che abbiano un'azione persistente.

Ogni lavoro continuato genera stanchezza e rende difficile la produzione. Fino ad un certo grado questa paralisi da stanchezza, che noi possiamo ritenere come un'autodifesa contra l'eccesso di lavoro, può venir superata dall'aumento della *tensione volitiva*. Da ciò ha origine la sensazione di aumentata « fatica » quando si compia un lavoro lungo e faticoso. A questa sensazione si aggiunge di regola il senso sgradevole che caratterizza lo stato di stanchezza; così viene paralizzato la volontà e il pericolo della fatica eccessiva è evitato. Mentre l'aumentata tensione volontaria è in grado di compensare, durante un certo tempo e mediante un maggiore impiego di forze, l'influenza della stanchezza, quest'ultima ottiene infine il sopravvento e obbliga alla sospensione dell'attività.

Però in alcune circostanze sembra che l'aumento della tensione volitiva non ceda alle sensazioni sgradevoli della stanchezza, ma che permanga invece per lungo tempo. Ciò accade sopratutto quando il lavoro è unito a viva *eccitazione emotiva*, ossia quando la nostra attività è piena di responsabilità, o quando il nostro zelo è intensamente spronato da un motivo qualsiasi. Qui l'ammonimento al riposo manca o viene sopraffatto; il lavoro è continuato al di là della misura permessa. Da ciò derivano da un lato un certo esaurimento della provvista di forze di cui noi disponiamo, esaurimento che si compensa solo lentamente; una *stanchezza persistente*, che seguita ad esistere ancora in parte alla ripresa del lavoro e che produce un *aumento di facilità alla stanchezza* e un rapido abbassamento della capacità a produrre. Dall'altro lato sembra che in queste condizioni anche l'aumentata tensione volitiva persista a lungo, causando un aumento di eccitabilità con pronte manifestazioni di azioni affettive. Noi possiamo osservare lo svolgimento di tutte questi fenomeni nel corso di ogni lavoro lungo, faticoso ed eseguito con zelo speciale. Si tratta qui evidentemente dei primi segni dell'esaurimento.

Pur troppo noi manchiamo ancora di osservazioni sperimentali circa l'effetto che l'*eccesso persistente* di lavoro ha sulla vita psichica. Sappiamo però per numerose esperienze che nella continuata insufficienza di compensazione degli effetti della stanchezza, la prima a

diminuire è la capacità di una continua e costante tensione della attenzione. Il soggetto non è più in istato di pensare chiaramente, di fermarsi per un certo tempo sullo stesso oggetto, ma viene facilmente attratto verso un'altra direzione da influenze casuali; egli diventa disattento, distratto, dimentica facilmente in ispecie nomi e numeri. La sua *facilità alla stanchezza* aumenta; dopo un periodo di lavoro, che diventa sempre più breve, si presenta una difficoltà all'attività psichica che aumenta sempre più rapidamente e un senso di spossatezza, la quale costringe ad interrompere prontamente il lavoro. Negli esperimenti per mezzo di addizioni continuate di numeri di una sola cifra, Weygandt ha osservato manifestarsi questo aumento della facilità alla stanchezza con un rapido abbassamento dei prodotti del lavoro fin dal principio dell'attività. La stanchezza ha qui subito sopraffatto le influenze dell'impulso e dell'esercizio che spingevano al lavoro e che altrimenti avrebbero ottenuto il sopravvento. Con il miglioramento delle condizioni dell'individuo questo modo di procedere si cambiò di nuovo. In seguito alla difficoltà al lavoro l'ammalato perde presto il piacere alle occupazioni abituali. Solo con sforzi affatto sproporzionati egli può ancora risolvere i quesiti che prima non presentavano per lui la minima difficoltà; egli deve sforzarsi per mettersi a quel lavoro che per lo innanzi gli procurava piacere e soddisfazione, e ha paura di prendere qualsiasi risoluzione perchè gli impedimenti gli sembrano insormontabili.

Sotto la pressione di questi cambiamenti e della sensazione che si fa sempre più chiara di una insufficiente capacità di produzione, il *tono sentimentale* suole soffrire ben presto e in misura rilevante. L'ammalato diventa impaziente, triste, annoiato, eccitabile, violento e ingiusto; non prova più alcun gusto nei suoi divertimenti favoriti, è dispiacente e insoddisfatto della sua professione e della sua vita. Motivi ridicoli, uno sgarbo dei figli, piccoli dispiaceri d' ufficio che in epoca normale non l' avrebbero colpito, bastano a guastargli l'umore per ore e per giorni, e a trascinarlo a scatti violenti, che egli stesso deplora più tardi.

Di conserva con questi fenomeni psichici va sempre anche una serie di *segni morbosi somatici*. Prima di tutto e in misura maggiore si presentano sofferenze *cefaliche*. Per lo più la sensazione di una oppressione cupa e generale toglie all'ammalato la gioia del lavoro e al minimo sforzo aumenta rapidamente fino a diventare intollerabile. La localizzazione di questa sensazione è varia. Generalmente sembra venga interessata la regione frontale, quindi il vertice, più raramente la regione occipitale; talvolta gli ammalati hanno la sensazione di un

forte cerchio che cinga loro il capo, di un pettine acuminato sopra il cranio, o di una forte pressione ai due lati. In altri casi essi si lagnano di veri dolori, qualche volta unilaterali (emicrania), ma più spesso bilaterali. La regione degli occhi e l'occipite sono più specialmente la sede preferita di tali sensazioni dolorose; spesso poi i punti di uscita del trigemino e del grande nervo occipitale si mostrano sensibili alla pressione. Non di rado l'ammalato accusa lievi e transitorie vertigini o stati di angoscia. Anche dopo leggeri sforzi si hanno vivi dolori ai bulbi oculari, offuscamento di vista e mosche volanti (astenopia neurastenica).

Molto frequente è la sensazione di *debolezza generale* e di spossatezza. L'ammalato dopo una breve passeggiata, dopo aver nuotato nel bagno o dopo aver salito alcuni gradini, si sente stanco e affaticato. Pure in generale non si può mettere in evidenza una vera diminuzione della forza muscolare; sembra piuttosto che sia essenzialmente aumentata la facilità alla stanchezza, e che ciò costringa l'ammalato a sforzi rilevanti anche per le più piccole azioni, determinando così in maniera relativamente facile il senso di debolezza. Talvolta gli ammalati si accorgono di leggiere contrazioni in singoli muscoli, specialmente del viso, e se ne inquietano molto. Essi si lagnano anche di difficoltà nel parlare, di un leggiero balbettare, segnatamente in compagnia numerosa o in occasioni speciali. All'esame obbiettivo l'apparecchio motore non suole presentare alcuna alterazione; solo si riscontra frequentemente un vivace tremore delle palpebre nel chiudere con forza gli occhi, un leggiero tremore delle mani e contrazioni fibrillari della lingua. Possono inoltre presentarsi ogni sorta di sensazioni dolorose e spiacevoli di vario contenuto e con sedi differenti. Lungo la colonna vertebrale insorgono delle parestesie, come acqua corrente, brividi, tirature; nelle gambe, nei testicoli, nelle braccia si hanno dolori irradiantisi o folgoranti; senso di irrequietezza, di bruciore, di prurito, di formicolio, di intormentimento. Non esistono alterazioni obbiettive della sensibilità, i riflessi sono spesso aumentati.

Da parte degli *organi della circolazione* i fenomeni che turbano il malato sono il cardiopalmo e talvolta anche altre sensazioni di puntura o di bruciore al cuore. Non raramente egli nota un senso di battiture e di pulsazioni nel capo e in altre parti del corpo, vampe fugaci, facilità ad arrossire, aumento abnorme del sudore. Il numero delle pulsazioni offre grandi oscillazioni e anche leggiere irregolarità; il lavoro e le emozioni hanno grande influenza sul polso. Nel dominio delle funzioni *sessuali* si osservano aumentata eccitabilità, tendenza a frequenti polluzioni o impotenza psichica. *L'appetito* è generalmente minimo, il

ventre gonfio, la lingua impaniata e vi è stipsi: più raramente sussiste una tendenza a diarree improvvise. A stomaco vuoto si hanno sensazioni penose, rodenti, che spariscono però prontamente col mangiare (bulimia). Il *sonno* è quasi sempre disturbato; gli ammalati rimangono per molto tempo svegli a letto prima di addormentarsi, oppure si svegliano improvvisamente spaventati. Essi sognano molto vivacemente e al mattino invece di sentirsi ristorati sono indicibilmente stanchi e abbattuti. Solo nel corso della giornata essi sogliono riprendere, almeno in parte, la loro prima attività. In altri casi sussiste persistentemente un'invincibile sonnolenza, la quale spinge gli ammalati a dormire dopo la più lieve fatica e perfino in numerosa compagnia o a teatro.

Alle alterazioni più o meno sviluppate qui descritte si aggiunge d'ordinario uno spiccato *senso di malattia*. L'ammalato sente il cambiamento avvenuto in lui e anche se, specialmente nei momenti di eccitazione malinconica, ne rende responsabili tutte le possibili circostanze esteriori, comprende benissimo che il suo stato deve essere considerato come patologico. Facilmente s'impossessa di lui l'angoscioso timore di trovarsi al principio di una malattia grave e fatale, e al suo sguardo spaventato si offrono anche dati sufficienti a consolidare questa opinione. In tal modo si svolge molto frequentemente quell'alterazione che nei tempi passati veniva indicata sotto il nome di *ipocondria*, come la forma più leggera di alterazione psichica, mentre ora si è imparato a conoscerla come un fenomeno differente, a seconda del corso delle immagini e dello idee dell'ammalato. Per lo più questi crede di scoprire in sè i segni di quella malattia di cui ha avuto più di frequente cognizione e che più di ogni altra lo spaventa. Una faringite cronica con abbondante espettorato gli sembra il principio della tisi; alcune eruzioni di acne gli fanno temere lo scoppio della sifilide, il sedimento nel vaso da notte una gravo malattia ai roni, il battito del cuore nel salire le scale, un vizio cardiaco. Quando il malato è un medico, la smemoratezza gli indica l'avvicinarsi della paralisi progressiva, il senso di peso al capo un tumore cerebrale, le parestesie alle gambe, la tabe.

Questi timori vengono di rogola, almeno in principio, respinti dall'ammalato come insensati, ma appunto qui dovo si tratta del proprio bene e del proprio male, la resistenza critica di fronte alla malattia si perde molto facilmente. Le rappresentazioni ipocondriache possono quindi porre l'ammalato in una disposizione d'animo così disperata da spingerlo a far testamento, da fargli ritenere irrimediabilmente perduta ogni felicità della vita e da far nascere in lui perfino pensieri di suicidio.

Lo *sviluppo* dell'esaurimento nervoso suole essere graduale; pure sembra possibile che, in seguito a improvvise e violenti cause nocive

(emozioni, malattie acute, specialmente influenza), tutti i fenomeni insorgano con una certa rapidità. Per altro ci possiamo porre la quistione se si debbano o no includere tali stati nella malattia di cui qui si parla. In quanto ai casi osservati in seguito a spavento io credo di poter senz'altro rispondere negativamente. Ma anche la ben nota debolezza nervosa nella convalescenza dopo gravi malattie, deve riferirsi solo in parte a semplice esaurimento. Nel puerperio, dopo emorragie o operazioni, ci si può contentare di questa spiegazione; al contrario in tutte le malattie infettive noi dovremo sempre calcolare sulla possibilità di una azione tossica presente o postuma. La « neurastenia » in seseguito ad intossicazione cronica ha coll'esaurimento nervoso solo una somiglianza affatto esteriore.

Il *decorso* della malattia si compie quasi sempre con numerose oscillazioni. Indipendentemente dal frequente miglioramento nelle ore della sera, gli ammalati, sotto l'influenza di speciali motivi esteriori, possono di solito « raccogliersi », in modo che i fenomeni scompaiano per qualche tempo, per tornar poi con violenza tanto maggiore appena la tensione diminuisce. Ciò non costituisce che un ampliamento delle osservazioni che ci forniscono gli esperimenti psicologici intorno all'azione che l'eccitamento e le oscillazioni emotive sogliono esplicare sulla stanchezza.

Le forme più leggere dell'esaurimento nervoso sono molto frequenti. La conoscenza esatta dell'intero quadro morboso è dovuta a BEARD (1) (1880), il quale, nel movimento indefesso della vita americana, ebbe con speciale frequenza occasione di osservare questa malattia. Senza dubbio le condizioni essenziali per l'insorgere di essa consistono nell'eccesso di lavoro cerebrale. Oltre alle cause già accennate, un altro fatto, che favorisce in modo particolare l'insorgere dell'esaurimento cronico, è la attività congiunta a viva eccitazione emotiva, a grande *responsabilità*. Il tranquillo studioso è esposto a tale influenza molto meno del mercante, dell'ufficiale in guerra

(1) BEARD, *Die Nervenschwache, ihre Symptome, Natur, Folgezustande und Behandlung, deutsch von Neisser*, 2, Aufl. 1883; BOUVERET, *Die Neurasthenie, deutsch von Dornbluth.* 1893; F. C. MULLER, *Handbuch der Neurasthenie.* 1893; LÖWENFELD, *Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie*, 1893; MÖBIUS, *Neurologische Beitrage*, II, 62. 1894; LEVILLAIN, *Essais de neurologie clinique, Neurasthénie de Beard et états neurasthéniformes.* 1896; JOLLY, *Neurasthenie und Hypochondrie, Handbuch der praktischen Medizin von Ebstein und Schwalb* MAURICE de FLEURY, *Les grands symptômes neurastheniques.* 1901. *Vergleich: auch den spateren Abschnitt uber die Nervositat.*

dell'uomo politico, del medico pratico. Per la natura stessa della malattia, dunque, gl'individui più intelligenti, più vivaci e più colti vanno maggiormente soggetti ai pericoli della neurastenia. Forse non è senza importanza la circostanza che, come sembra, una grande capacità d'esercizio va spesso unita a grande facilità alla stanchezza. Le donne, per la maggiore eccitabilità emotiva e per la minore capacità di resistenza, sono forse minacciate più del sesso maschile e specialmente le madri sopraccariche di lavoro, le maestre, le infermiere. D'altra parte anche eccessi abituali di fatica fisica, come se ne hanno in guerra, alle manovre e anche in esercizii fisici esagerati (alpinismo, canottaggio, ciclismo), possono senza dubbio generare il quadro dell'esaurimento nervoso. Naturalmente sono inoltre di grande importanza il *metodo generale di vita* e il nutrimento. La vita troppo precipitosa, sregolata, piena di eccessi, nella quale manchi un sufficiente ristoro dovuto al riposo e al sonno, conduce, anche se il lavoro è minimo, alla neurastenia molto più rapidamente della vita regolata degli impiegati e dei professori. Sembra che anche l'uso abituale dell'alcool, che diminuisce la capacità di produzione e aumenta la facilità alla stanchezza, abbia non raramente una certa importanza.

D'altra parte è indubitato che l'esaurimento si presenti tanto più facilmente, quanto minore è la capacità originaria di resistenza dell'individuo. Una serie ininterrotta di gradazioni ci conduce da quelle nature invidiabili, il cui sistema nervoso compensa subito con singolare celerità ed elasticità tutte le perdite inflittegli da una vita di lavoro instancabile, fino a quelle che già dopo un breve tempo non si sentono più in grado di far fronte alle pretese della vita, la cui forza di azione si esaurisce rapidamente e completamente anche con un lavoro moderato, e alle quali perciò le sofferenze neurasteniche impediscono fin dall'inizio ogni grave fatica. Quanto più decisamente la disposizione personale ha cooperato all'esaurimento, tanto più si mescolano nel quadro morboso i tratti della nervosità, della quale dovremo occuparci più tardi.

Che l'esaurimento costituisca il vero fondamento della suddetta malattia, è stato dimostrato da Möbius nel modo più evidente. Egli suppone appunto una specie di avvelenamento cronico per prodotti dovuti alla stanchezza, avvelenamento che corrisponde forse all'azione cumulativa dovuta ad un abituale abuso d'alcool. Conformemente a ciò egli cerca di rinvenire i singoli caratteri morbosi anche nella stanchezza normale. Io ritengo questo concetto molto giusto, poichè esso ci indica la via che dalla ignoranza presente ci condurrà alla dottrina

razionale della neurastenia. Appunto perciò mi sembra indicato di separare quei quadri morbosi che possono venire interpretati come dovuti a semplice accumularsi dell'azione della stanchezza, da quelli in cui la disposizione morbosa e la insufficienza originaria della capacità di resistenza nervosa hanno la parte più essenziale. Il quadro qui tratteggiato della neurastenia acquisita contiene infatti a mio credere solo quelle alterazioni che all'esperimento si presenterebbero dovunque; certo io non sono oggi in grado di fornire la prova precisa. Io credo fermamente che i fenomeni ipocondriaci, che Möbius esclude, provengano da esaurimento. Essi derivano, a mio avviso, dalla depressione di umore che s'impossessa anche dell'uomo più forte, quando questi spossato e vessato sente diminuire la sua capacità di produzione a misura che il lavoro diventa per lui sempre più faticoso.

La *prognosi* del semplice esaurimento nervoso è favorevole quando si riesca ad allontanarne le cause. La guarigione sarà tanto più completa quanto maggiore era precedentemente la capacità di resistenza del malato, e quanto più si riesce a rimuovere le cause nocive esistenti nel suo sistema di vita. Naturalmente questi due punti di vista soprattutto ci dànno la misura della maggiore o minore probabilità di ricaduta; entro un certo tempo e in condizioni favorevoli sarà il più spesso possibile di far scomparire le alterazioni esistenti.

La *diagnosi differenziale* tra esaurimento nervoso ed altre forme morbose è di grande importanza per la prognosi e per la terapia. Innanzi tutto ci troviamo spesso in condizioni di doverci accertare se i timori ipocondriaci dell'infermo siano realmente infondati. Si possono incontrare gravi difficoltà nel dare un giudizio sicuro, specialmente a causa della possibilità di una paralisi progressiva iniziale. La maggiore coscienza degli ammalati, la percezione chiara di tutti i sintomi morbosi, la mancanza di una evidente alterazione mnemonica malgrado i loro lamenti a questo riguardo, e di alterazion nervose obbiettivamente dimostrabili (rigidità pupillare, disturbi della parola, analgesia, accessi apoplettiformi e epilettiformi), illumineranno il medico sulla natura neurastenica del quadro morboso, anche se molto sospetto. Egli dovrà tener conto anche dell'età dell' ammalato e dell' anamnesi. I fenomeni di « nervosità » che senza una causa chiaramente apprezzabile insorgono per la prima volta in un uomo di media età e senza predisposizione morbosa, sono molto spesso i prodromi della paralisi.

Lo stato depressivo precedente ad altre psicosi viene spesso confuso con stati neurastenici. L'individuo affetto da esaurimento nervoso è di cattivo umore ed eccitabile, perchè si accorge che la sua capacità

psichica di produzione è alterata, ma il suo umore diventa più disinvolto e più allegro quando un incitamento esteriore, una gaia compagnia gli fanno dimenticare per qualche istante le sue pene, o appena egli, liberato da tutte le cure e da tutti i doveri della sua professione, può godere di un completo riposo. Negli altri casi invece il senso di angoscia, di gravezza, insorge senza alcun chiaro motivo, ed esso non solo non viene mitigato se si tenta di divertire o di distrarro l'infermo, ma al contrario sovente viene in tal modo aumentato fino a diventare insopportabile. La diminuzione dell'intelligenza e l'alterazione dell'umore all'inizio della *dementia praecox* si differenziano dall'esaurimento nervoso particolarmente per l'ottundimento emotivo degli ammalati, per la loro indifferenza per l'avvenire, qualche volta anche per l'insensatezza dei lamenti ipocondriaci e per la incapacità di apprendere.

Quanto più lievi sono le cause esterne che hanno prodotto il quadro dell'esaurimento, tanto più noi dobbiamo pensare che esista una debolezza nervosa costituzionale, la quale non deve essero combattuta con il riposo, ma con l'esercizio e con l'occupazione. Per quanto non sia possibile qui una delimitazione precisa, non si può però disconoscere che la predisposizione nervosa possiede alcuni caratteri speciali che noi non riscontriamo affatto, o riscontriamo in misura molto minore nell'esaurimento nervoso. Ad essi appartengono specialmente la notevole influenza che le azioni psichiche possono esercitare snlla condizione morbosa generale e sui singoli sintomi le marcate oscillazioni d'umore, gli stati angosciosi, la dose minima di forza e fermezza della volontà. Un apprezzamento accurato dell'importanza che le condizioni interne ed esterne hanno nell'insorgere dei singoli casi, è indispensabile per la prognosi e per la scelta del metodo di cura adatto.

Il *trattamento* (1) dell'esaurimento nervoso offre all'attività del medico un campo di lavoro molto esteso e fruttifero. Innanzi tutto la *profilassi* può essere qui di una utilità straordinaria. La nenrastenia è stata chiamata, e non completamente a torto, la malattia della nostra epoca. Infatti nel repentino aumento delle esigenze che il rapido progresso dello sviluppo della nostra cultura richiede dalla capacità di produzione intellettuale, morale e fisica dell'individuo, si trovano cause importanti di sovraeccitamento nervoso. Siccome noi non possiamo rimuovere queste cause generali, sarà nostro còmpito rendere la generazione fu-

(1) WEYGANDT, *Die Behandlung der Neurasthenie*, *Wurzburger Abhandlungen*. 1901.

tura resistente e forte, e prepararla convenientemente alla lotta per l'esistenza. Tutti gli sforzi precedentemente descritti, che hanno per meta di combattere l'eccesso di lavoro intellettuale nella gioventù che ora sorge, e di unire alle cure per l'educazione e la coltura quelle per il perfezionamento fisico, servono grandemente a questo scopo. Bisogna inoltre vegliare perchè la gioventù si tenga lontana dai piaceri faticosi ed eccitanti, dall'uso dell'alcool e dagli eccessi, e acquisti abitudini semplici, senza capricci e senza mollezze.

Una attenzione speciale deve rivolgersi alla regolare soddisfazione del bisogno di sonno. Non può essere mai troppo ripetuto che su questo punto esistono tra i singoli individui differenze molto importanti e profondamenfe fondate, le quali non possono venir trascurate senza grave danno. Appunto perciò parecchi dei nostri cosidetti divertimenti hanno una azione dannosa, giacchè essi portano con sè il dover rimanere alzati fino a tardi ed un serotino eccitamento psichico. Per gli individui molto eccitabili, e del pari per quelli che lavorano eccessivamente, le rappresentazioni teatrali, i concerti che finiscono tardi, le riunioni in cui si fa abbondante uso di alcool, sono mezzi sicuri per disturbare notevolmente il sonno tanto necessario. La stanchezza e la rilassatezza al mattino sono segni di sonno insufficiente e devono essere perciò combattute non con mezzi energici, ma con il recarsi a letto presto e con l'allontanamento accurato di tutte le cause che diminuiscono la profondità del sonno. Il medico di casa avrà inoltre sufficienti occasioni di prevenire, regolando il sistema di vita in modo conforme allo stato di salute, i pericoli dell'eccesso del lavoro, e interverrà sùbito ai primi segni di esaurimento, poichè di regola si può così ottenere facilmente un successo che più tardi si raggiungerebbe solo con importanti sacrifici di tempo e di danaro. Il primo còmpito che qui dovrebbe imporsi, ma che però solo raramente può essere adempito in modo sufficiente, è l'allontanamento di tutte quelle influenze dannose che hanno generato la malattia. Il regolare in ogni senso il sistema di vita, l'allontanamento dal lavoro professionale e possibilmente anche dall'ambiente abituale, il trasporto in un altro ambiente calmo e attraente, saranno le prime condizioni di qualunque trattamento. Nelle forme più leggiere basta spesso un semplice riposo estivo, un soggiorno in campagna o un viaggio piacevole e *non faticoso* sui monti o al mare, per ottenere il riposo del sistema nervoso sovreccitato, e con ciò la rapida scomparsa di tutti i disturbi fisici e psichici.

Quando la durata è più lunga e le alterazioni sono più gravi, il seguire preferibilmente un *cura dietetica* sotto la sorveglianza medica,

suole essere di grande vantaggio. I numerosi Istituti idroterapici per nervosi rigurgitano continuamente di tali ammalati. Costoro oltre al venir liberati dagli affari e dagli strapazzi quotidiani della loro professione, devono qui anzitutto condurre una vita semplice, accuratamente regolata e sana con una ripartizione adatta di attività, di riposo e di sonno. Gli ammalati debbono essere nutriti sostanziosamente e abbondantemente, ma senza abusare; deve esser severamente proibito l'uso di alcool, di caffè forte e di thè. I disturbi dell'appetito, della digestione e del sonno vengono combattuti con i rimedi consueti e specialmente con passeggiate regolari, non affaticanti e con esercizi fisici di varia specie, fatti sotto sorveglianza medica. Si cerchi inoltre di agevolare per quanto è possibile, per mezzo del trattamento idroterapico, della ginnastica, del massaggio e della faradizzazione generale, la circolazione e il ricambio. Sotto l'influenza di queste misure la nutrizione, spesso molto deperita, suole sempre aumentare considerevolmente. Contemporaneamente migliorano il sonno, l'umore e la capacità ad occuparsi. Per combattere l'inquietudine nervosa e per ottenere il sonno si possono usare come rimedi i sali di bromo (tre volte al giorno 1–2 gr.: somministrazione alla sera di 2–5 gr.); solo in caso di bisogno si può transitoriamente ricorrere ai veri narcotici. Ci si guardi però dalla morfina!

Il trattamento *psichico* ha quasi sempre un'importanza essenziale negli stati neurastenici. Spesso con una prudente suggestione si può ristabilire con sorprende rapidità la calma dell'animo, far ritornare il sonno e allontanare parecchi fastidi. Oltre ciò una direzione medica attenta e paziente, ma ferma, può contribuire molto nel far riacquistare gradatamente all'ammalato la fiducia in sè stesso e la padronanza della sua volontà. Dopo la scomparsa dei segni morbosi, rimane spesso nel paziente una diminuzione della capacità di resistenza psichica, la quale conduce facilmente a ricadute se le condizioni professionali e il sistema di vita non sono persistentemente regolati, in modo che si adattino alla caratteristica personale. Quegli in cui il lavoro quotidiano determina un ottundimento progressivo della sua capacità di produzione, dovrebbe assolutamente, almeno una volta all'anno, sottrarsi per alcune settimane al giogo delle condizioni abituali di vita; solo allora sarebbe in certo modo sicuro di non trovarsi sempre soccombente nella lotta per la esistenza.

III

Avvelenamenti

Sebbene noi in un certo senso possiamo considerare avvelenamenti anche le infezioni e forse perfino gli esaurimenti, pure io vorrei porre di fronte, come avvelenamenti in senso ristretto, quelle alterazioni originate *dall'introduzione di determinate sostanze attive* nel nostro corpo. Tali alterazioni mostrano in varii sensi un comportamento essenzialmente differente da quello dei disturbi psichici, ai quali i principali tossici vengono generati nello stesso organismo da decomposizioni morbose o da processi vitali di agenti infettivi. Si dovranno inoltre distinguere gli avvelenamenti in *acuti* e *cronici*, a seconda che l'introduzione del veleno ha luogo transitoriamente o per lungo tempo; ma noi per ragioni pratiche parleremo simultaneamente dell'azione acuta di quei veleni che spesso vengono abitualmente ingeriti e dei cambiamenti cronici da essi originati.

1. Avvelenamenti acuti.

A causa del loro rapido decorso gli avvelenamenti acuti hanno in generale un'importanza scarsa; inoltre la maggior parte di essi è relativamente assai rara. L'importanza scientifica di queste alterazioni è all'incontro grandissima, poichè in esse è manifesta la dipendenza causale di cambiamenti psichici ben determinati da azioni chimiche univoche sulla corteccia cerebrale, malgrado che il tentativo di Hiberg di riunire in gruppi tali quadri morbosi a seconda dell'affinità chimica dei veleni sembri ora inattuabile. È di speciale importanza per noi seguire col mezzo degli esperimenti sugli animali da un lato, coll'accurato esame psicologico negli uomini dall'altro, i rapporti fra l'azione tossica e i caratteri clinici, più esattamente che in qualsiasi altro dominio delle malattie psichiche. Noi dobbiamo dunque

attenderci che appunto gli avvelenamenti acuti siano in grado di fornirci qualche dato importante per raggiungere una conoscenza più profonda del processo morboso psichico.

Certo però noi sappiamo ora intorno alla grande maggioranza delle azioni tossiche acute sulla psiche ben poco più di questo: che si tratta, di regola, di stati deliranti. In generale i tratti fondamentali del quadro morboso sono dati da marcati disturbi psico-sensoriali di tutti gli organi di senso, immagini sognanti variopinte e mutevoli, spesso unite a vivaci sensazioni di piacere e a stati di estasi, quasi sempre senza eccitamento motorio. Una investigazione più precisa di esse è stata cominciata finora quasi soltanto per i veleni usati abitualmente: alcool, morfina, cocaina. La semplice osservazione e la auto-osservazione si sono mostrate così ingannatrici di fronte a questi stati, che disgraziatamente noi non possiamo aspettarci da esse nessuno schiarimento sicuro sulle sottili differenze dei singoli delirii da avvelenamento.

Dovremo perciò limitarci a ricordare qui in poche parole le forme principali. Debbono essere dapprima menzionati i delirii nell'avvelenamento per certi prodotti di *ricambio materiale alterato*, e questi, nella parte generale, sono già stati brevemente trattati. Ad essi appartengono gli stati di eccitazione uniti a disturbi psico-sensoriali della *setama* e del *morbo di Basedow*, la smemoratezza grave nell'*uremia*, forse anche i delirii nell'*ittero da fosforo* e parecchie alterazioni non ancora bene spiegate.

Fra gli altri veleni il *cloroformio* genera uno speciale offuscamento della coscienza con allucinazioni uditive e la *santonina* produce allucinazioni visive e il « veder giallo ». Il delirio dell'*haschisch* (1) sembra all'incontro produrre alterazioni speciali del senso muscolare e tattile, che si rispecchiano psicologicamente con i cambiamenti illusorii dei corpi esterni e con una illusoria misura del proprio corpo. Oltre a ciò l'ebbrezza dell'*oppio* e dell'haschisch sottrae l'ammalato all'ambiente reale, gli presenta immagini e avvenimenti piacevoli e fantastici, lo pone in una disposizione d'animo serena e soddisfatta di sè stesso. La narcosi da *protossido d'azoto* sembra essere simile alla precedente riguardo al colorito del delirio, solo la durata è molto più breve. Questa intossicazione ha raggiunto una certa importanza pratica a causa della frequenza e della chiarezza, in essa riscontrate, di allucinazioni sessuali, le quali hanno già più volte condotto a false impu-

(1) Warnock, *Journal of mental science, XLII*, 790.

tazioni contro i dentisti che narcotizzavano. L'avvelenamento da *atropina* sembra produrre, accanto ad una gravissima alterazione della percezione con illusioni psico-sensoriali, anche una grave alterazione del processo ideativo (confusione), tono sentimentale sereno o ansioso, e vivace irrequietezza motoria; dopo breve tempo, quando non avviene l'esito letale, segue un pronto rischiararsi della coscienza senza il ricordo dell'accaduto. Noi non possiamo qui naturalmente inoltrarci in una descrizione di tutti questi stati deliranti e di quelli ad essi somiglianti, come anche dei fenomeni fisici che li accompagnano.

La *durata* di tali delirii da avvelenamento è ordinariamente molto breve e sorpassa raramente alcune ore o al più alcuni giorni; la *prognosi* dipende principalmente dalla gravità dell'avvelenamento. La *diagnosi* deve dedursi dalle circostanze concomitanti e dai segni somatici; il *trattamento* è da un lato causale, secondo i principii prescritti dalla tossicologia; dall'altro deve essere rivolto, come negli altri stati deliranti, a combattere i singoli fenomeni morbosi.

2. Avvelenamenti cronici.

Il numero di quei veleni che per una azione prolungata sull'organismo sono in grado di produrre *alterazioni del sistema nervoso e specialmente della vita psichica*, è molto esteso. Un'importanza pratica rilevante è stata raggiunta però solo da quelli che vengono usati come *mezzi di godimento* per determinare un senso di piacere, poichè solo in essi, nell'azione del veleno, si riscontra l'incitamento ad una più frequente ingestione di esso. Innanzi a tutto però sono quei veleni, l'abbandono dei quali produce nell'organismo spiacevoli disturbi, i cosidetti « fenomeni d'astinenza », i quali dànno origine alla inclinazione, che aumenta ognor più e diventa infine una passione indomabile, di ricorrere nuovamente alla perniciosa attrattiva, diventata ormai indispensabile perchè la vita scorra più piacevolmente. Come l'investigazione antropologica c'insegna, non vi è alcun popolo che non sappia sfuggire, con un simile mezzo di godimento, abitualmente usato, alle piccole preoccupazioni e alle fatiche dell'esistenza e la varietà di queste sorgenti velenose del piacere è perciò notevolmente grande. Per l'esperienza psichiatrica nella nostra patria, noi possiamo prendere in considerazione soltanto alcuni di questi veleni, fra cui rileveremo come di gran lunga più importanti l'*alcool*, la *morfina* e la *cocaina*.

A. — *L'alcoolismo* (1).

L'azione che l'avvelenamento acuto per alcool — l'ebbrezza — esercita sulla nostra vita psichica, consiste essenzialmente, per quanto è noto finora, in un difficoltamento della percezione, della fissazione, della elaborazione delle impressioni esteriori e in una facilitazione centrale della determinazione agli impulsi volitivi. La percezione e il riconoscimento degli stimoli sensitivi (2) sono rallentati, difficoltati e resi meno sicuri. Essi vengono conservati imperfettamente nella memoria e pregiudicati da numerosi processi erronei, che sembrano derivare specialmente da un incitamento a impulsi motori verbali. La continua soluzione di semplici problemi aritmetici mostra una evidente diminuzione della capacità d'elaborazione. Nel campo verbale si giunge ai primi accenni del flusso delle idee, a una marcatissima preponderanza di quoi legami rappresentativi che vengono favoriti dagli elementi motori della nostra rappresentazione verbale, dalla composizione delle parole, dalle reminiscenze verbali e dalle rime. Lo svolgersi degli impulsi motorii è notevolmente facilitato: così l'imparare a memoria semplicemente meccanico, favorito dai movimenti verbali, si compie meglio. La scelta fra due movimenti viene fatta precipitosamente, è spesso incongrua e talvolta eseguita prima che lo stimolo possa determinare la direzione del movimento.

Col proseguire dell'azione tossica e con una maggiore ingestione del veleno, la paralisi si estende a poco a poco anche alle azioni psicomotrici. Nello scrivere (3) la pressione è in principio un po' aumentata, la durata delle pause abbreviata, la velocità dei movimenti dello scrivere diminuita. Contemporaneamente si nota, come primo segno dell'atassia, la perdita dei rapporti fra pressione, direzione e velocità del movimento. Anche con l'apparato per il tremore di Sommer (4) si è potuto dimostrare lo sviluppo dei disturbi atassici. Nell'esame del riflesso rotuleo si riscontra un aumento della tensione muscolare ed un deficiente dimezzamento della scossa prodotta. La forza muscolare

---

(1) Magnus Huss, *Chronische Alkoholkrankheit oder Alkoholismus chronicus, deutsch von v. d. Busch.* 1852; Magnan, *De l'alcoholisme,* 1874; v. Speyr, *Die alkoholischen Geisteskrankheiten,* Diss. 1882.

(2) Ach, *Psychologische, Arbeiten, II,* 203.

(3) Mayer, *Psychologische Arbeiten, III,* 535.

(4) Alber, *Sommers Beiträge zur Psychiatrischen Klinik, I,* 23.

viene aumentata dall'alcool solo per brevissimo tempo e in misura insignificante, ma subito dopo è diminuita durevolmente e tanto più intensamente quanto più da essa si pretende (1). Quanto maggiore è la quantità dell'alcool ingerita e quanto più grande è la sensibilità individuale verso questo veleno, tanto più rapidi e intensi sopravvengono gli effetti paralizzanti, finchè essi si manifestano chiaramente già pochi minuti dopo l'ingestione dell'alcool. A questo riguardo esistono del resto, come risulta dagli esperimenti, notevoli differenze individuali.

Tutte queste particolarità, prima trovate con l'esperimento indi minutamente analizzate, le riscontriamo senz'altro nel quadro noto, per quotidiana esperienza, dell'ebbrezza. Anche una piccolissima quantità d'alcool, tutti i buoni osservatori sono concordi nel riconoscerlo, influisce evidentemente sulla capacità ad un elevato lavoro psichico. Noi non siamo più in grado di collegar bene i nostri pensieri e seguiamo solo insufficientemente discussioni lunghe e complicate. Negli avvelenamenti più gravi si manifestano sempre più chiaramente il difficoltamento della percezione e dell'attività intellettiva. L'ubbriaco non capisce più quanto gli si dice e quanto accade intorno a lui, non è in grado di ascoltare, di porre attenzione, di seguire un corso qualsiasi di pensieri; non può più giudicare del lavoro intellettuale suo e degli altri, nè rendersi conto dell'importanza e delle conseguenze delle sue azioni. Nello stesso tempo si presentano nel decorso associativo delle idee, alterazioni nel loro contenuto. Da un lato si nota la tendenza alla ripetizione dello stesso modo di esprimersi, dei modi di dire abituali; dall'altro il piacere di comporre versi senza senso, di fare giuochi stiracchiati di parole, di parlare in gergo, di storpiare i vocaboli stranieri. Infine le capacità di percezione e di elaborazione intellettuale diminuiscono sompre più; l'ebbro diventa insensibile e insensato fino a perdita completa della coscienza. Svanita l'ebbrezza, sembra che il ricordo ne sia molto deficiente, anche per quei momenti in cui la coerenza psichica nel parlare e nell'agire era fino ad un certo grado conservata.

I disturbi della produzione intellettiva vanno di pari passo con lo svolgimento dei *fenomeni di eccitazione psico-motoria*. Questa comincia con quella leggera « eccitazione » che noi sentiamo già dopo aver bevuto pochissimo alcool, con la scomparsa dei freni che nella vita quotidiana regolano sempre le nostre azioni e la nostra condotta. Noi diventiamo più spensierati, più vivaci, più coraggiosi, ci sentiamo

(1) OSERETZKOWSKY und KRAEPELIN, *Psycholog. Arbeiten, III*, 587.

meno preoccupati, più disinvolti; le nostre parole e le nostre azioni sono più franche, ma hanno anche meno riguardi. A causa della facilità della determinazione al movimento, la nostra forza e la nostra capacità di produzione ci sembrano aumentate mentre all'opposto vi è una reale diminuzione determinabile colla misurazione. Da ciò l'opinione, disgraziatamente molto diffusa e completamente falsa, che l'alcool « rinforzi ». Nell'ebbrezza progressiva l'eccitabilità motoria aumenta dapprincipio. I movimenti espressivi perdono ogni misura, l'ebbro comincia a comportarsi in modo da dar nell'occhio, a parlare molto forte, a far discorsi, a strillare, a far chiasso, a dar pugni sul tavolo. Una parola, una idea bastano a produrre una reazione insensata, e in tal modo si giunge ad ogni sorta di azioni impulsive, irriflessive, perfino delittuose, sull'origine delle quali lo stesso autore più tardi è appena in grado, o non lo è affatto, di dare spiegazioni. Si hanno infine gravi disturbi motorii, balbettamenti, andatura vacillante e paresi generale. Gudden trovò non raramente anche una diminuita reazione delle pupille alla luce, fino alla quasi completa rigidità.

Nel *campo emotivo* al primo periodo dell'ebbrezza corrispondono un manifesto senso di benessere, un umore sereno, roseo, una scomparsa delle preoccupazioni e delle noie della vita quotidiana. Noi diventiamo più spensierati, più comunicativi, più amabili. L'eccitabilità aumenta però prestissimo. Si giunge facilmente a oscillazioni emotive, a esagerazioni senza riguardo o a scoppii di collera o a turbamenti passionali con grida violente. I sentimenti morali scompaiono; l'ebbro diventa ruvido, volgare, sfacciato. La crescente eccitabilità sessuale lo conduce a gravi sregolatezze.

Il decorso generale dell'ebbrezza viene influenzato in modi diversi dalle *caratteristiche individuali*. Quando esiste grande facilità alla stanchezza, la paresi si presenta relativamonte presto anche nel dominio motorio, senza marcati fenomeni di eccitamento. D'altro lato invece in persone di grande eccitabilità emotiva possono appunto i fenomeni di eccitamento costituire la parte principale. Mentre la sonnolenza e l'ottundimento acquistano rapidamente il sopravvento, qui si giunge subito a una indomabile smania di litigare, a sconvenienze grossolane e anche a sanguinosi atti di violenza. Nel primo caso vivaci scosse emotive possono, quando prevalgono i fenomeni paralitici, ricondurre subitamente alla scomparsa dell'ubbriachezza. Nell'ultimo caso al contrario esse fanno aumentare ancora l'eccitazione, di guisa che sotto l'influenza d'una quantità di alcool relativamento piccola possono venir commesse, le azioni più insensate e più pericolose.

Si sogliono riunire queste forme degli effetti dell'alcool sotto il nome generale di « *intolleranza all'alcool* ». Questa può essere originaria come fenomeno concomitante di una predisposizione morbosa, ma viene spesso anche acquisita per determinate malattie. Sopratutto la predisposizione isterica e ancor più quella epilettica determinano una diminuita capacità di resistenza all'alcool. Specialmente nel periodo della depressione epilettica piccole quantità di alcool sono spesso sufficienti ad esplicare un'intensa azione eccitante. D'altro lato sembra che anche le lesioni al capo aumentino notevolmente la sensibilità per questo veleno. Anche nella paralisi generale, nella mania, nella *dementia praecox*, noi vediamo non raramente comparire gli effetti eccitanti dell'alcool in modo molto spiacevole. Infine anche nei vecchi bevitori si sviluppa una intolleranza, che già dopo quantità di alcool relativamente piccole, dà luogo a gravi fenomeni d'avvelenamento.

Il quadro psichico dell'ebbrezza nell'intolleranza alcoolica può presentare i caratteri ordinarii, ma generalmente l'eccitazione è più intensa. Non raramente alle graduali deviazioni dal normale si aggiungono anche segni clinici speciali, di guisa che si ha il diritto di parlare « di stati di ebbrezza patologici » (1). Ad essi appartiene specialmente un notevole offuscamento della coscienza senza gravi fenomeni fisici di paralisi, accompagnato di regola da grande eccitabilità, da agitazione insensata o da tendenza ad azioni impulsive. In altri casi prevalgono gli impulsi sessuali che conducono ad azioni di esibizionismo, qualche volta anche ad azioni omosessuali o a reati sessuali. Anche qui è da tener conto dei casi in cui l'uso dell'alcool risveglia la tendenza a incendii non motivati. Anche marcati disturbi psico-sensoriali e vivaci stati ansiosi, ordinariamente estranei all'ebbrezza, possono in un terreno patologico e specialmente nei vecchi bevitori, accompagnare l'effetto acuto dell'alcool (« allucinazioni degli alcoolisti »), e determinare atti estremamente pericolosi.

Qualche schiarimento sulle basi anatomiche dell'intossicazione acuta per alcool ci è stato fornito dagli esperimenti sugli animali. Nissl potè dimostrare che nei conigli, ai quali durante parecchi giorni era stata somministrata la quantità maggiore possibile di alcool, si vide distrutto un numero rilevante di cellule corticali. Si ha dapprima un impallidimento e un irregolare dissolvimento della sostanza colorabile, poi

(1) Möli, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LVII,* 171; Heilbronner, *Münchner Med. Wochenschr.* 1901, 24.

il nucleo diventa più piccolo, perde la sua forma rotonda, il suo nucleolo e infine anche la membrana scompare a grado a grado. Dehio osservò un simile processso nelle cellule di Purkinje.

Le alterazioni più gravi della ebbrezza sogliono dileguarsi relativamente presto; pure è possibile dimostrare, come ne abbiamo fatto menzione più sopra, che anche nelle intossicazioni moderate l' azione può durare ancora per 24-36 ore. Continuando per lungo tempo a far uso di alcool questa azione diventa permanente. Nella condotta psichica dell'individuo avviene così gradualmente una trasformazione, che conduce sempre più al quadro morboso dell'*alcoolismo cronico*.

Anche clinicamente noi riscontriamo nell'alcoolismo cronico una serie di quei tratti osservati nell' ebbrezza. All'inizio la diminuzione della capacità psichica suole essere relativamente poco evidente. Nel bevitore comincia frattanto d'ordinario a mostrarsi una notevole diminuzione della capacità al lavoro; sembra che l'aumento della facilità alla stanchezza abbia qui una parte essenziale. Diventa per lui difficile tener desta per lungo tempo l'attenzione, elaborare nuove e insolite impressioni, raccapezzarsi in complicati lavori intellettuali. Egli preferisce perciò limitarsi alle cose già conosciute, non ha inclinazione nè capacità per lavori intellettuali. In conseguenza di ciò il suo campo intellettuale si restringe; il suo perfezionamento psichico si arresta dapprima, poi retrocede e conduce all'impoverimento del suo patrimonio ideativo e alla diminuzione del suo potere critico. Questo andamento viene particolarmente favorito dai disturbi della memoria, i quali non mancano mai. Gli esperimenti hanno già dimostrato che la saldezza con la quale si fissano le cose che vengono imparate, diminuisce notevolmente sotto l'influenza di una sola ingestione di alcool. In misura anche maggiore ciò si nota nel bevitore abituale. Questi non solo percepisce le impressioni confusamente e fugacemente, ma non è in grado di riprodursele neanche nei contorni generali. Spesso vi si frammischiano leggere o gravi falsificazioni della memoria. Perciò appunto il bevitore non impara più nulla di nuovo, dimentica cose importanti e conserva spesso un' immagine incompleta e confusa degli avvenimenti della sua vita.

La debolezza della critica e del patrimonio mnemonico forniscono il terreno favorevole per lo sviluppo delle frequenti, e più o meno marcate *idee deliranti*. Queste ora rimangono nei limiti di una evidente incoscienza del proprio stato e di una elevazione non però eccessiva del proprio valore, ora si estendano a particolari idee di pregiudizio. In alcuni casi esse sono sostenute dall'insorgere di veri disturbi psico-

sensoriali, più frequentemente da illusioni interpretate in modo delirante. Nei casi gravi si giunge infine allo sviluppo di una marcata demenza.

Nel quadro dell'alcoolismo cronico il fenomeno più importante e foriero di gravi conseguenze è l'*abbassamento morale del bevitore*, la scomparsa graduale di quei profondi regolatori della condotta che determinano la unità e la individualità del carattere. Il bevitore perde sempre più la capacità di agire secondo fermi principii e non oppone più alcuna resistenza alle casuali attrattive esteriori e specialmente alla *passione per l'alcool* che diventa sempre più indomabile. Egli suole confessare molto ingenuamente questa debolezza di volontà, adducendo come scusa completamente sufficiente per la sua intemperanza, il fatto che lo hanno invitato a bere, che gli hanno pagato qualche cosa, che « vi era il vino sulla tavola ». Non capisce bene come gli si possa far rimprovero di bere. « Io ho pagato il vino con il mio danaro », diceva per scusarsi uno di questi infermi. Quasi tutti i bevitori prendono di tempo in tempo la ferma risoluzione di rinunziare definitivamente per sempre all'alcool, che essi più o meno chiaramente riconoscono come la fonte della loro rovina fisica, morale, sociale ed economica. « Io posso farne a meno » « io bevo latte e acqua di seltz » dichiarano essi vittoriosamente; rafforzano, anche se non richiesti, i lori buoni propositi con le più sacre promesse e giuramenti, e si sentono offesi se si esprime il più piccolo dubbio sulla sincerità di essi. Ciononpertanto alla prima occasione favorevole la loro debole volontà suole quasi sempre rimanere sopraffatta e tutti i buoni propositi vengono dimenticati. Non di rado mezz'ora più tardi si può vederli già seduti all'osteria e pochi giorni sono sufficienti a cancellare l'ultima traccia di vergogna o di pentimento per la mancata promessa. È appunto lo intorpidimento prodotto dall'alcool che toglie al bevitore la capacità di un calmo apprezzamento della sua posizione e soffoca nel più rozzo egoismo i migliori moti dell'animo. Il risultato finale è dato dalla figura anche troppo conosciuta dell'ubbriacone.

Per la vittoria continuamente ripetuta della passione crescente sul sentimento del dovere che diminuisce sempre più, la rovina morale del bevitore progredisce a passi giganteschi. I più potenti motivi ad agire, l'onore, l'amore di marito e di padre, la vergogna, perdono il loro effetto su di lui. Egli non si occupa più del bene e del dolore dei suoi parenti, li abbandona senza ritegno alla miseria, diventa indifferente alle loro preghiere e ai loro rimproveri, assiste senza scuotersi alla infedeltà della propria moglie, alla trascuratezza morale dei figli; tollera silenziosamente le misure sociali prese contro di lui e il disprezzo

de' suoi colleghi. Senza riguardo per la sua educazione e per la sua posizione egli si ubbriaca pubblicamente, stringe amicizie intime indegne, discute i più delicati affari di famiglia con individui a lui perfettamente estranei. Generalmente si sviluppa qui un certo elevato sentimento di sè che viene espresso con vanagloria abbondante di parole e con visibile millanteria, ed è tanto più intenso quanto meno l'ammalato è in istato di compiere i suoi principali doveri. Inoltre è l'*allegria* dei bevitori, che si nota già nei primi accenni della semplice ebbrezza, quella che caratterizza maggiormente lo stato d'animo di questi ammalati. Essi hanno perduto la capacità di concepire cose serie: nell'oscuro sentimento della loro debolezza di volontà essi oscillano fra il piagnucolare indegno di un uomo e la vergognosa noncuranza, la quale anche nella umiliazione non fa loro risentire che il lato comico di questa. Chi non ricorda qui la rumorosa allegria con cui una brigata brilla suole accompagnare anche le più ardite offese alla propria dignità!

Non esiste un solo strenuo bevitore che non sia disposto a presentare una qualsiasi scusa per la sua mania di bere. Malgrado i segni molto evidenti, non convengono assolutamente d'aver bevuto o cercano di presentare la quantità di alcool, occasionalmente ingerita, come estremamente innocua e in misura molto esigua; essi hanno solo bevuto « quanto si deve »; dicono che essi mai o solo di rado sono stati realmente « ubbriachi », una asserzione che, anche se supposta completamente degna di fede, ha solo un corto valore contro la misura personale e la diversa sensibilità verso l'alcool. Altri dopo molti rigiri confessano la loro intemperanza, ma la presentano come assolutamente necessaria e determinata dalle condizioni speciali della loro vita. « Come si può faticar tanto senza vino e senza birra! » mi diceva un facchino; « gli altri lo deriderebbero se egli non bevesse ». È assai caratteristico che nessun mestiere si mostra completamente infecondo di motivi che costringano a far uso dell'alcool. Mentre il fabbro, il lavoratore del vetro sono spinti verso la bottiglia di acquavite dal calore del fuoco, il freddo della notte produce lo stesso effetto sul vetturino e sulle guardie notturne; i macellai, « bevono tutti » gli agenti di commercio devono bere « a causa della clientela ». I lavoratori di tegole, che impastano la terra, trovano la loro salvezza nel bere e così pure i mugnai e i muratori che respirano la polvere asciutta; un giovane impiegato in una Società di Navigazione a vapore mi disse che in un ufficio così vasto era impossibile resistere senza alcool. La convinzione di un'*assoluta necessità* dell'uso dell'alcool è così radicata, che

i bevitori oppongono una estrema sfiducia a tutte le obbiezioni. « Ah signor Dottore, anche il Sig. Professore beve il suo *Chop* » disse un bevitore quando il medico gli indicò me ad esempio di completa astinenza.

Anche più frequentemente che nel proprio mestiere, l'incitamento alla ubbriachezza si trova nelle condizioni degli affari e della famiglia. Ora è il dispiacere per la diminuzione del guadagno, ora per il sorgere di un « concorrente », per la perdita di un impiego, per la morte di un parente; ora la cattiva abitazione o il nutrimento insufficiente; ma è sopratutto l'*infelicità coniugale* che ha spinto il bevitore, secondo le sue dichiarazioni, all'abuso dell'acquavite. « Mia moglie avrebbe dovuto essere tenera e amorosa quando io avevo bevuto » diceva un marito. Di regola dopo investigazioni più esatte risulta qui che il rapporto è affatto inverso, che i fatti addotti come causa della mania del bere debbono essere in realtà interpretati come conseguenze dirette od indirette di questa.

Un fenomeno della decadenza morale è costituito dall'*aumento dell'eccitabilità emotiva,* specialmente durante l'azione dell'alcool. Da questo aumento si sviluppano poi la nota smania di litigare dei bevitori, la loro inclinazione ad ingiurie oscene, a pronte azioni violento, a brutalità, a maltrattamenti verso i parenti, a distruzioni senza scopo. La mancanza di ogni riguardo e la violenza del bevitore a casa sua si trovano in una opposizione degna di nota con la docilità e la pieghevolezza che egli mostra dopo un lungo periodo di sobrietà forzata al manicomio, in prigione, ecc. Alla persona inesperta sembra spesso incomprensibile come un individuo, in apparenza tranquillo e buono, abbia potuto commettere, quando era libero, azioni violente così brutali e insensate. È anche particolare il tono compunto, perfino dolce, delle lettere, le quali rigurgitano di proteste, di buoni propositi e di frasi pie e edificanti, mentre ad un tentativo di lasciar libero il bevitore risulta chiaramente dopo brevissimo tempo la sua mancanza di propositi.

Di regola col tempo si sviluppano nel bevitore un certa *irrequietezza* e una certa *instabilità*. Egli non può rimanere seduto a lungo, gira volentieri senza scopo, frequenta le bettole e le vie di campagna. La sua capacità al lavoro presenta perciò una notevole diminuzione non solo perchè le frequenti ubbriacature interrompono la continuità delle occupazioni, ma anche perchè egli non è più capace di alcuno sforzo continuo e duraturo delle sue energie fisiche e psichiche. In conseguenza di ciò il suo stato economico suole peggiorare rapidamente. Egli guadagna poco o non guadagna più affatto, consuma invece rela-

tivamente molto e ricorre a qualsiasi espediente per procurarsi il danaro per bere. Anzitutto egli cessa di provvedere alla sua famiglia e cerca al contrario di estorcere da essa quanto più gli è possibile; preferisce sempre più i liquori che lo pongono nello stato di ebbrezza con grande rapidità e a buon mercato; vaga nelle bettole più sudice e nella società più corrotta. Appena ha esaurito il credito presso gli osti e presso i compagni d'ubbriachezza, egli impegna e vende quanto appartiene a lui e ai parenti, e abbastanza spesso chiude la sua carriera chiedendo l'elemosina, facendo il vagabondo, estorcendo, ingannando, rubando. Mòli riferisce che di 588 bevitori accettati da lui circa il 45°|₀ erano stati condannati per ferite, offese, lite in famiglia, resistenza, accattonaggio o furto. Questo fatto dimostra abbastanza chiaramente l'azione acuta e quella durevole dell'alcool.

Per quanto riguarda gli effetti generali prodotti dall'alcoolismo cronico nei varii visceri, dobbiamo qui menzionare brevemente le varie alterazioni alcooliche degli organi: la degenerazione grassa del cuore, il catarro gastrico, la cirrosi epatica, il rene raggrinzato e finalmente i profondi cambiamenti nella composizione del sangue. Si osserva spesso una glicosuria alimentare, specialmente sotto l'azione immediata dell'alcool. Nel cervello si riscontrano lesioni dei vasi con durevoli alterazioni della circolazione e gli stati consecutivi ad esse, emorragie specialmente nella sostanza grigia dei gangli centrali, opacamenti e inspessimenti delle meningi, pachimeningite, e infine alterazioni più o meno gravi delle cellule nervose. Nissl trovò, in conigli avvelenati cronicamente con alcool, un leggero inspessimento della pia, specialmente alla base, e un aumento della glia. Nella corteccia erano distrutte numerose cellule e vi si riscontravano anche altri cambiamenti speciali ed estesi, il significato dei quali non è ancora del tutto stabilito. Nei nervi periferici si sviluppano, come è noto, frequentissime alterazioni nevritiche. La manifestazione clinica di tutti queste alterazioni nel sistema nervoso è costituita da capogiri e cefalalgie, da un leggero tremore alla lingua e alle dita distese, dai noti disturbi nevritici: debolezza delle braccia e delle gambe, incertezza nello stare in piedi e nel camminare, atrofia muscolare, punti dolorosi alla pressione, anestesie, iperestesie, parestesie. I riflessi sono ordinariamente aumentati, più di rado aboliti. Anche nel nervo ottico si è osservata una nevrite alcoolica (impallidimento della metà temporale della papilla); talvolta esistono paralisi dei muscoli oculari.

In un gran numero di bevitori si osservano attacchi epilettici, tanto in seguito a gravi ubbriachezze, come nel decorso dell'alcoolismo

cronico e anche dopo una lunga astinenza. Quasi sempre però questi attacchi hanno luogo prima o durante il *delirium tremens*. A Berlino, dove l'epilessia alcoolica sembra essere frequente, furono osservati, secondo le statistiche di FÜRSTNER, MOLI e SIEMERLING, attacchi epilettici nel 30, 35 °/₀ dei bevitori, e disturbi psichici cronici alcoolici solo nel 10 °/₀ dei casi. In opposizione a queste osservazioni WILDERMUTH ha riportato che egli solo in 1,4 °/₀ degli epilettici da lui osservati poteva riferire la malattia esclusivamente ad abuso di alcool; negli altri casi o esistevano fin dalla gioventù i segni di una predisposizione epilettica, o vi era l'azione di altre cause capaci, conforme alla esperienza, di produrre l'epilessia. Egli giunge perciò alla conclusione che l'alcool, nella grande maggioranza dei casi, possa solo determinare l' epilessia, ma non produrla. Concetti analoghi sono stati sostenuti già da MAGNAN, il quale, basandosi sugli esperimenti da lui fatti sugli animali, non riteneva responsabile l'alcool degli attacchi epilettici dei bevitori, bensì l'assenzio; opinione che non ha trovato alcun riscontro in Germania, poichè l'epilessia alcoolica vi è frequentissima, malgrado la mancanza quasi completa di abuso di assenzio. Sembra al contrario che l' uso dello *schnaps* favorisca in modo speciale l'insorgere di convulsioni epilettiche. MÖLI le riscontrò nel 40 °/₀ dei bevitori di *schnaps*, e solo nel 5 °/₀ degli individui che pur bevendo vino e birra non facevano quasi affatto uso di quella bevanda.

Per spiegare la grande contraddizione che esiste tra la frequenza di attacchi convulsivi nei bevitori e la rarità dell'epilessia causata realmente da alcool, WILDERMUTH sostiene l'opinione, egualmente espressa da MAGNAN, che gli attacchi convulsivi dei bevitori, similmente agli attacchi uremici o paralitici, non debbano ritenersi come una vera epilessia. Ad un simile risultato giunse WARTMANN (1), il quale esaminò accuratamente il modo d'insorgere della malattia. Questa tesi trova un appoggio importante nella frequente unione degli attacchi con il *delirium tremens*, che non abbiamo motivo di riferire all'insorgere di uno speciale avvelenamento. Io vorrei annettere un' importanza particolare al fatto che l' epilessia consecutiva a grave abuso di alcool, mostra alcune particolarità cliniche, le quali la fanno distinguere dalle altre forme. Gli attacchi convulsivi non sono frequenti, spesso sono anzi completamente isolati, ma sempre gravissimi. Al contrario mi sembra

(1) WARTMANN, *Archiv. f. Psychiatrie, XXIX*, 933; WILDERMUTH, *Zeitschr. f. d. Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer*, 1897, Mai, 49; NEUMANN, *Über die Beziehungen zwischen Alkoholismus Epilepsie*. 1897 (Literatur.)

che le altre forme fenomeniche dell'epilessia, le assenze, gli svenimenti, il cattivo umore, gli stati crepuscolari manchino, a meno che noi ci troviamo, come avviene certo abbastanza spesso, dinanzi ad una associazione della vera epilessia con l'alcoolismo. In quest'ultimo caso i caratteri dell'epilessia, per quanto in forma più debole, seguitano a sussistere anche dopo una persistente privazione di alcool, mentre l'epilessia per alcool, suole, con l'astinenza, sparire abbastanza rapidamente, quando non si è già sviluppata una malattia grave e inguaribile. Del resto che l'alcoolismo dei genitori costituisca una delle cause più gravi per l'epilessia dei figli, viene da tutti confermato e sarà esposto estesamente più tardi. D'altro lato Möli trovò che nel 7 °|₀ dei suoi bevitori l'epilessia esisteva prima che si sviluppasse l'alcoolismo. In questi ultimi tempi Lührmann ha accennato in modo speciale ai rapporti fra l'alcoolismo e la isteria. Questo autore in 60 isterici ne trovò 16 in cui i fenomeni erano determinati essenzialmente dell'alcoolismo. Si trattava per lo più di stati crepuscolari con le stigmate dell'isteria, emianestesie, disturbi della vista, attacchi convulsivi. La causa vera della malattia consisteva qui sempre nella predisposizione morbosa che l'alcoolismo faceva sviluppare.

Sembra che l'alcoolismo eserciti una influenza molto perniciosa anche sugli organi della riproduzione. Oltre alla impotenza che suole sopraggiungere gradatamente malgrado l'aumentata eccitabilità sessuale e che conduce facilmente alla gelosia e ad azioni impudiche, viene anche sensibilmente danneggiato dall'ebbrezza lo sviluppo della generazione futura. Féré per mezzo dell'azione di vapore d'alcool su uova di pollo, potè produrre della mostruosità. Come è già stato menzionato noi sappiamo che i discendenti dei bevitori sono grandemente esposti al pericolo delle alterazioni somatiche e psichiche, e che anche gravi disturbi psichici, specialmente l'epilessia e l'idiozia, sono in essi molto frequenti. Assai degno di nota è il dato fornito da Sullivan (1), il quale potè calcolare la mortalità dei bambini fino al termine del secondo anno di vita al 23,9 °|₀ nei figli di madri sobrie, e al contrario al 55,8 °|₀ nei figli di madri dedite all'ubbriachezza; in questi ultimi in più della metà dei casi la morte avvenne per convulsioni. Con il proseguire dell'alcoolismo nella stessa madre, la mortalità dei figli aumentava; essa nella prima gravidanza era in media di 33,7 °|₀; dalla 6.ª alla 10.ª raggiunse perfino il 72 °|₀.

(1) Sullivan, *Quarterly Journal of inebriety*, 1900, 1.

Inversamente si può stabilire che fra le cause dell' alcoolismo cronico la predisposizione originaria o ereditaria ha una grande importanza. La tendenza al bere si trasmette in alto grado ai discendenti, sopratutto in forma di una diminuita capacità di resistenza morale. Dei bevitori da me osservati negli ultimi anni, i tre quarti presentavono labe ereditaria; nella metà di questi ultimi casi il padre era stato bevitore. Una certa importanza causale si deve ascrivere anche a gravi lesioni trascurabili del capo, specialmente perchè esse diminuiscono la capacità di resistenza verso l'azione dell'alcool. MÖLI trovò nell'anamnesi lesioni al capo nel 22 % dei suoi bevitori. ZOLA ha eccellentemente descritti questi rapporti nel suo « *Assommoir* ». I maschi corrono un rischio incomparabilmente maggiore che le femmine; nei casi da me riuniti si trovano appena il 6 % di donne. A Vienna HIRSCHL trovò che fra i malati di mente erano alcoolisti il 30 % degli uomini e il 4,4 % di donne. La organizzazione dello Stato e le abitudini di vita sono più che sufficienti ad attrarre largamente il popolo all'alcoolismo. Specialmente il periodo dell'« allegro » godimento della vita esige, fra le persone esposte al disordine, le sue vittime sicure. Per motivi facili a comprendersi sono esposti a grandissimo rischio tutti quelli che appartengono all'industria dell'alcool: i birrai, i fabbricanti d' acquavite, i bottai, i commessi viaggiatori di vini, gli osti, i cantinieri. La loro mortalità sorpassa quindi di circa la metà quella degli individui che esercitano altri mestieri. Appunto perciò essi avrebbero i motivi più validi per intraprendere la lotta contro l'alcool.

Assieme alla seduzione, dappertutto pronta, che suscita il bisogno dell'alcool fino nel più nascosto villaggio e riesce poi soddisfarlo, la necessità, la miseria e specialmente la fatale *spensieratezza* e l'*ignoranza* spingono le masse senza difesa a questo abuso ritenuto indispensabile. Quotidianamente migliaia e migliaia di persone bevono vino, birra o *schnaps* perchè sono convinte che l'alcool aumenti la capacità fisica all' attività e « rinforzi » l' organismo. Se questa opinione viene con l'esperimento trovata falsa già per l'azione acuta dell'alcool, tanto più falsa essa si rivela per l'uso continuato di bevande spiritose. Non si potrà mai fare una guerra abbastanza vigorosa contro questo pericolosissimo vizio, del quale noi medici abbiamo una buona parte di colpa. Non raramente lo sviluppo dell'alcoolismo cronico si collega appunto al bicchierino di vino di Porto o di Sherry prescritto da noi a colazione. Così io osservai, a poca distanza di tempo, due donne affette da grave mania alcoolica, perchè in seguito ad ostinate emorragie il medico aveva loro racomandato l'uso regolare di vino ricco di alcool, come un rimedio « fortificante ».

Particolarmente fatale per lo sviluppo di abitudini alcooliche è, naturalmente, la somministrazione di bevande spiritose ai bambini. Dalle informazioni prese dagli insegnanti risulta che la maggioranza dei bambini che vanno a scuola, beve più o meno spesso alcool. Bayr trovò che di 591 bambini solo 134 non avevano mai ingerito bevande spiritose, mentre 219 bevevano alcool ogni giorno e 74 perfino più volte al giorno. Fu anche evidentemente dimostrato che i primi erano i migliori della scuola e gli ultimi al contrario i peggiori. Anche in bambini piccolissimi sono già stati osservati i marcati cambiamenti fisici e psichici dell'alcoolismo cronico, e perfino il *delirium tremens!*

La quantità di bevande alcooliche che ingeriscono i singoli individui è molto diversa. Alcuni soggetti in principio sopportano pochissimo e, reciprocamente sembra che nei vecchi bevitori riappaia talvolta una minore capacità di resistenza allo *schnaps*. D'altro lato Siemerling (1) riferisce di un operaio che beve tre litri di Nordhäusor con amaro in 24 ore e di un altro che ne beve due di spirito con Kümmel ed espone una serie di simili fatti.

La *prognosi* dell'alcoolismo cronico avanzato è di solito molto grave. Certo con un intervento pronto e sapiente si può in molti casi giungere a far sparire l'antica abitudine dell'alcool e quindi l'alterazione da questo prodotta. L'esperienza certo non ancora molto estesa degli Asili per alcoolisti sembra dimostrare che un terzo o la metà di quegli ammalati che si assoggettano ad un trattamento lungo e regolato guariscono durevolmento e completamente, mentre un numero eguale ottiene un miglioramento essenziale e duraturo. Negli Asili per alcoolisti di Ellikon la cifra degli ammalati rimasti sobrii durevolmente è stata di 26,3 % nel 1889 e nel 1901 è salita fino al 59,3 % (2). Ad ogni modo il fatto che anche i bevitori « guariti » sembrano mostrare una lieve capacità di resistenza verso gli effetti dell' alcool che indebolisce la volontà, dovrebbe provare che un residuo delle attuazioni prodotte dall'alcoolismo sia durevolmente rimasto. Disgraziatamente il trattamento degli alcoolisti deve ancora combattere contro difficoltà pratiche grandissime, per l'allontanamento delle quali è stato possibile finora far solo i primi passi. Nella maggioranza preponderante dei casi il bevitore d'abitudine cade perciò sempre più in basso in ogni senso, fino alla completa rovina fisica e psichica, a meno che una delle nu-

(1) Siemerling, *Charité - Annalen, XVI*, 373. 1891.
(2) Oberdieck, *Archiv. für Psychiatrie*, 1897, 2.

merose malattie (polmonite, apoplessia, nefrite), le quali minacciano sopratutto il suo organismo indebolito, non lo conduca precocemente a morte.

La *diagnosi* dell'alcoolismo è molto facile quando si tratta di stadii avanzati. Oltre all'aspetto trascurato e malandato, che suole essere in marcata contraddizione con lo stato sociale dell'infermo, gli occhi vaganti, il viso tumido, spesso arrossato da piccole vene dilatate, la lingua sovente tremula, il leggero tremito delle dita distese e l'alito che ha odore di acquavite, indicano indubbiamente l'avvelenamento cronico. Spesso colpisce la senilità precoce. Inoltre un esame più accurato ci rivela quasi sempre indizii neuritici leggeri o gravi, specialmente agli arti inferiori. Più raramente riusciamo a scoprire anche corte altre lesioni organiche proprie all'alcoolismo cronico.

Il solo quesito che il *trattamento* dell'alcoolismo cronico debba risolvere è di ottenere una *astinenza durevole e completa dall'alcool sotto qualunque forma.* Tutti i tentativi per ricondurre il bevitore avanzato ad un uso moderato di bevande alcooliche naufragano a causa della circostanza che l'alcool diminuisce il dominio su se stessi e favorisce l'esecuzione di azioni irriflessive e conduce a nuovi eccessi. Chi, sia per tendenza, sia per condizioni esteriori è diventato bevitore, solo con l'astinenza assoluta può sfuggire ai pericoli di una ricaduta, tanto più che è assai più facile e richiede minore sforzo di volontà l'astenersi completamente, che il limitarsi a quantità determinate. Conformemente a ciò a me sembra che se già, in massima, anche la esclusione di ogni uso di alcool per l'individuo sano abbia essenzialmente il valore di un esempio morale, la perseveranza inalterabile nella completa astinenza deve essere considerata come condizione necessaria per la guarigione del bevitore.

In un grande numero di casi gli ammalati sentono la loro completa impotenza di fronte all'alcool, abbastanza intensamento per togliersi da loro stessi, seguendo il modo qui sopra accennato, al loro stato. Quando la malattia esiste da breve tempo e il malato possiede grande forza di volontà, questa liberazione può essere compiuta senza bisogno di altri mezzi esteriori e l'astinenza viene mantenuta durevolmente con facilità sempre maggiore col proseguire del tempo. I bevitori però o fin dal principio o in seguito al loro alcoolismo, hanno spesso la volontà tanto debole da non essere in grado di resistere con le loro sole forze alle tentazioni esistenti nelle loro condizioni di famiglia, nella loro professione, nelle loro amicizie. In questi casi è opportuno fare entrare l'ammalato in un « Asilo per alcoolisti » come oggi ne

esistono, per quanto in numero insufficiente, nella maggior parte dei paesi (1). Disgraziatamente l'attuazione di queste misure viene impedita dalla indifferenza e dall'accecamento della società. Specialmente i medici, che dovrebbero essere qui i primi a prestare la loro opera istruendo e illuminando, non sono assolutamente, riguardo alla questione dell'alcool, all'altezza del loro còmpito. Accade tutti i giorni che, anche negli Istituti per malati mentali o nervosi, sia concesso per incoscia abitudine l'uso regolare di bevande alcooliche.

Vi sono infine molti bevitori che non comprendono affatto la loro disgrazia e non hanno per nulla il desiderio di sfuggire ad essa, oppure per altri motivi (idee deliranti), oppongono una violenta resistenza ad ogni tentativo di limitare la loro libertà. In questi individui la sottrazione forzata dell'alcool può aver luogo solo quando essi siano trasportati in un Manicomio, poichè i pochi Asili per alcoolisti esistenti non hanno il diritto di ritenere gli ammalati contro la loro volontà. Certo la nostra legge non considera il bevitore come un ammalato di mente, finchè non si sia sviluppata una delle marcate alterazioni che descriveremo più tardi. Al contrario le prescrizioni del Codice civile sulla interdizione a causa d'ubbriachezza forniscono la facoltà di sottomettere ad una cura l'incosciente bevitore, anche contro sua volontà. Disgraziatamente il valore di questa facoltà, che permette al tutore di stabilire il luogo di dimora dell'interdetto, è notevolmente limitato dal fatto che la proposta d'interdizione non può esser fatta d'ufficio, ma può venir presentata solo dai parenti più prossimi, cioè quasi sempre dalla moglie. Ora appunto la moglie del bevitore abbrutito, la quale ha maggiormente da temere la vendetta del marito, suole indugiare il più a lungo possibile a fare questo passo estremo. Senza dubbio però lo Stato ha un interesse molto stringente, quantunque non chiaramente compreso, al trattamento terapeutico rapido e radicale dei bevitori, non solo perchè essi costituiscono un grave pericolo per chi li circonda e per la moralità generale e rappresentano un carico economico, ma anche perchè solo con un pronto intervento si possono ottenere risultati curativi soddisfacenti. Se la demenza alcoolica ha progredito oltre una certa misura, ogni tentativo di guarigione è inutile, giacchè manca agli ammalati tanto la coscienza del loro stato, quanto la forza di volontà necessaria a togliersi da esso.

---

(1) Tilkowski, *Jahrbucher f. Psychiatrie* 1893, *XII*; Sérieux, *Bull. de la société de méd. mentale Belgique*, Marz, Juni 1895; Schmidt, *Allgem. Zeitschr. f. Psych. LVII*, 92; Moli, *idem*, *LVIII*, 588; Colla *Die Trinkerversorgung unter dem Burgerlichen Gesetzbuche*. 1899.

Poichè questi ammalati non convengono più agli Asili destinati alla guarigione degli alcoolisti, anche se essi si lasciano persuadere ad entrarvi, così si è proposto di fondare degli Istituti per i bevitori inguaribili. Mentre la separazione dei bevitori guaribili dagli ammalati di mente mi sembra necessaria per molte ragioni, non vedo i motivi per cui i dementi alcoolici non debbano essere curati al Manicomio; essi vi appartengono come gli ammalati di stati di debolezza psichica acquisiti per altre cause.

D'ordinario si può togliere l'alcool improvvisamente agli ammalati. A dir il vero pare che di tanto in tanto, e specialmente durante la reclusione, insorgano « delirii da astinenza », ma essi decorrono di solito molto leggermente ed è inoltre dubbio che si possa impedirli con la concessione dell'alcool, poichè si osservano abbastanza di frequente delirii, malgrado che si continui a bere. In un solo caso io ho visto presentarsi gravi alterazioni in seguito alla immediata sospensione dell'alcool abituale. Si trattava di un giovane con un vizio cardiaco, al quale il medico della Casa di salute, dove era entrato a causa della sua passione al bere, aveva ordinato una bottiglia di cognac al giorno.

Generalmente i primi piccoli disturbi, come l'insonnia, isolati disturbi psico-sensoriali, la mancanza di appetito, sogliono migliorare molto o scomparire in modo sorprendentemente rapido. La ulteriore guarigione progredisce poi senza incidenti. Gli ammalati si sentono benissimo, sono vigorosi e capaci di lavorare; a ciò si aggiunge di solito un grande appetito sotto l'influenza del quale il peso del corpo, che in principio diminuiva, aumenta per lo più notevolmente. Tuttavia l'internamento nell'Istituto, nei casi alquanto gravi, non dovrebbe durare meno di 8 mesi o 1 anno, nelle ricadute ancora più a lungo, poichè la capacità di resistenza psichica specialmente rimane molto diminuita, anche se l'ammalato, sotto gli altri rapporti o perfino riguardo alla coscienza della sua malattia, sembri completamente guarito. Del resto, in alcuni casi, solo dopo un soggiorno dapprincipio ripugnante di molti mesi nell'Istituto, il malato comincia a rendersi conto dello stato delle cose e diviene quindi accessibile alle premure del medico. Tutte queste circostanze, e soprattutto la personalità dell'ammalato e le sue condizioni d'ambiente hanno una grande importanza per il calcolo della durata del trattamento.

Nei casi più leggieri un lungo soggiorno in una famiglia completamente astemia può talune volte essere sufficiente per la guarigione, se però da ambedue le parti esistono buona volontà e una giusta intelligenza del proprio compito. Naturalmente anche qui, almeno nei primi mesi, è indispensabile sorvegliare e accompagnare continuamente l'am-

malato. Un simile trattamento famigliare viene spesso adottato dopo quello dell'Istituto, come passaggio alla completa libertà, specialmente quando le condizioni di famiglia dell'ammalato non sono troppo favorevoli. Sopratutto il ritorno del bevitore guarito nella vita sociale non deve essere improvviso, ma deve invece avvenire gradatamente, rinforzando così la fiducia dell'ammalato in sè stesso e saggiando la sua capacità di resistenza. Ai fabbricanti di *schnaps*, ai viaggiatori in vini, agli osti, ecc., bisogna sùbito consigliare di cambiar mestiere. Per facilitare e consolidare la rinunzia all' alcool, in questi ultimi tempi è stata più volte impiegata con successo anche la suggestione ipnotica (Forel).

Un' importanza assai grande nel trattamento dei bevitori deve attribuirsi alle *Leghe di temperanza*. Appunto a causa della debolezza di volontà prodotta dall'alcool, il freno che offre una tale associazione porge un aiuto assai valido nella lotta contro la tentazione. L'entusiasmo per la lotta contro l' alcool, risultante dalla vita comune, dallo scambio dei pensieri, da una speciale letteratura, è assolutamente necessario per la salvezza di quelle numerose schiere che divise, abbandonate a se stesse andrebbero immancabilmente alla rovina. In Germania le associazioni più importanti a questo scopo sono l'Associazione delle Croce turchina, la quale si serve dei mezzi forniti dalla Chiesa, e specialmente l'Ordine dei Buoni Templari, che, a guisa delle Loggie dei Framassoni, abbraccia il mondo intero: ambedue possono vantare un eccellente successo, poichè esse accettano nelle loro file i bovitori guariti e li rendono zelanti compagni di lotta contro l' alcoolismo.

Il trattamento profilattico ci offro probabilità assai maggiore di successo che il trattamento dell'alcoolismo già formato (1). I procedimenti più diversi dovrebbero agire concordi in questo senso. Come insegna l' esperienza, noi con la diminuzione della produzione delle bevande alcooliche, con la monopolizzazione o con la restrizione della vendita al minuto (sistema di Gothenburger), con gli insegnamenti pubblici, specialmente a mezzo di medici, sui gravi pericoli dell'alcoolismo, con la sostituzione di mezzi eccitanti meno nocivi (caffè, thè, bibite con succhi di frutta), col limitare il numero delle osterie, con l'apertura di sale di lettura popolari, con l'istituzione di divertimenti più elevati per gli operai e in ultimo con *l'esempio cosciente delle persone*

(1) Delbrüc, *Hygiene des Alkoholismus*. 1901.

bene educate e istruite, possediamo, come insegna l'esperienza, i mezzi che ci rendono possibile non solo d'impedire l'espandersi di questo compagno e nel tempo stesso nemico della nostra civiltà, ma anche di strappare a poco a poco, in una lotta difficile, il vastissimo dominio da lui conquistato. In questo senso le Associazioni hanno un importante dovere da compiere, poichè esse possono creare a poco a poco un'opinione pubblica che si liberi dagli antichi pregiudizii sulla utilità della bevanda alcoolica, e preparare così nei varii luoghi adatti il terreno per misure politico-sociali contrarie all' alcool. In Germania si sono prefisse di raggiungere questo scopo, oltre alle due Associazioni già menzionate, la Confederazione degli avversarii dell'alcool (Associazione internazionale per combattere l'uso dell'alcool), le associazioni di medici, pastori, insegnanti, operai, negozianti, ferrovieri, donne, studenti e infine l'Associazione contro l'abuso di bevande spiritose basata sulla temperanza. Una serie di pubblicazioni, delle quali nomineremo qui solo la *Rivista mensile internazionale per la lotta contro l'ubbriachezza,* il *Giornale della Temperanza,* l' *Assistenza,* il *Buon Templario tedesco* e la *Libertà,* cercano di servire ai nobili fini di queste associazioni. Certo a queste Società fanno riscontro il grande numero di osterie e quello delle Società « allegre », che, sotto una insegna qualsiasi, non sono altro che fruttiferi luoghi di cova « dell'alcoolismo » tedesco.

Sulla base già formata dallo alcoolismo cronico si possono sviluppare una quantità di speciali alterazioni psichiche, le quali per il loro quadro clinico permettono, almeno in parte, di riferirle alla causa primitiva, da cui sono derivate. La più frequente è il *delirium tremens* (1).

L' approssimarsi di questa forma morbosa suole manifestarsi per un tempo più o meno lungo, talvolta per intere settimane, con stati angosciosi più o meno pronunziati, spavento, sonno inquieto, sogni vivaci, aumentata eccitabilità degli organi sensoriali (iperestesia, rumori soggettivi, lampi, stelle di fuoco). Il vero sviluppo del quadro morboso si compie dopo questi fatti premonitori quasi sempre molto rapidamente; esso è caratterizzato da *marcati e numerosi disturbi psico-sensoriali in forma fantasmagorica* e interessanti i varii sensi, da uno stato di depressione con perdita completa dell'orientamento, da inquietudini, da tremore e da disturbi atassici.

---

(1) Rose, *Delirium tremens und Delirium traumaticum.* 1884; Bonhöffer, *Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker* 1901.

Secondo le ricerche di Bonhöffer (1) il processo di percezione per sè stesso non sembra offrire alcuna notevole alterazione. Il suddetto esperimentatore ottenne valori normali per la sensibilità tattile, termica e dolorifica della pelle, come pure per l'acutezza della vista e dell'udito. Il campo visivo si trovò qua e là un po' ristretto, il riconoscimento dei colori era incerto, la soglia del dolore alla punta delle dita e sulla fronte aumentata. Talvolta sono degne di attenzione le alterazioni del senso dell'equilibrio. Bonhöffer ha richiamato l'attenzione sul fatto che molti ammalati non sono in grado di alzarsi, di stare in piedi e di camminare; essi piuttosto mantengono angosciosamente anche il decubito dorsale. Egli è d'avviso che l'orientamento del corpo nello spazio sia qui alterato. Spesso si sente dire che il pavimento vacilla, che le pareti minacciano di crollare; non si sa ancora se ne siano causa alterazioni dei movimenti dei muscoli degli occhi o del senso labirintico.

Con una ricerca più accurata si riscontrano, secondo l'esperienza clinica, alterazione della *percezione* in due direzioni. Anzitutto nelle percezioni degli ammalati si mescolano sempre abbondanti eccitamenti subbiettivi del dominio sensoriale corrispondente, in modo da giungere così a continue falsificazioni della percezione. Gli ammalati fraintendono, scambiano immagini ad essi mostrate, vi vedono aggiunte e movimenti, e si affaticano invano a ricevere impressioni nette e chiare. Come Bonhöffer ha dimostrato, in questi scambi si può talvolta riconoscere l'influenza di rappresentazioni suscitate in via associativa, come quando un uovo di uccello viene indicato come un nido. L'alterazione diventa anche più chiara nella lettura. Invece delle frasi date viene pronunziata una serie completamente insensata di parole e di suoni, specialmente se la piccolezza della calligrafia rende la lettura più difficile o del tutto impossibile, il che talvolta non viene neppure avvertito dagli ammalati.

In genere manca ogni relazione riconoscibile fra modello e riproduzione, un fenomeno che io, per quanto in forma molto meno spiccata, ho potuto dimostrare anche in un alcoolista senza delirio. In questo caso io ebbi ragione di ammettere, come causa fondamentale della alterazione nella lettura, non solo il peggioramento della percezione e l'influenza su questa spiegata dalle rappresentazioni verbali, ma anche l'insorgere di reazioni verbali errate, il pronunziare non motivato di una

(1) Bonhöffer, *Der Geisteszustand der Alkoholdeliranten*. 1897.

qualsiasi associazione verbale in luogo delle impressioni percepite imperfettamente e inesattamente, senza una relazione intima con il modello. Anche BONHÖFFER nei suoi deliranti parla, forse in senso simile, di lettura « parafasica. ».

Inoltre fissare l'*attenzione* degli ammalati presenta speciale difficoltà. Mentre in un dato momento essi percepiscono benissimo, spesso solo un istante più tardi è appena possibile farsi comprendere da essi. Lo stesso ammalato che dà ragguagli esatti ad una stringente richiesta, ricade talora sùbito nei suoi delirii appena viene abbandonato a sè stesso. Queste grandi oscillazioni dell'attenzione fanno sembrare le alterazioni della percezione molto più gravi di quello che esse siano in realtà. Gli ammalati si accorgono solo di quello che ad essi si presenta con speciale insistenza.

La *coscienza* offre di regola un leggero offuscamento. Gli infermi non comprendono abbastanza chiaramente gli avvenimenti che hanno luogo nel loro ambiente; le rappresentazioni insorgenti pel momento sono confuse e contraddittorie e non vengono ritenute a lungo, ma sono anzi rapidamente scacciate da altre. Di regola gli ammalati sono in grado di riferire qualche cosa intorno ad avvenimenti lontani soltanto se vengono continuamente richiamati all'oggetto. Solo in casi molto gravi, e specialmente in quelli consecutivi ad attacchi epilettici, si riscontra grave smemoratezza e depressione.

In completo contrasto alla lieve lesione della coscienza si trova d'ordinario una grave alterazione dell'*orientamento*. Se noi facciamo astrazione dai casi leggerissimi, troviamo che gli ammalati non riconoscono mai l'ambiente. Essi salutano il medico e gli altri infermi chiamandoli con i nomi di antichi conoscenti, credono le loro stanze luoghi qualsiasi del loro paese e piu soventi osterie, birrerie e simili. Tutte queste denominazioni possono cambiare in breve tempo se gli ammalati credono di aver mutato il loro luogo di soggiorno, sebbene ordinariamente non credono di compiere veri viaggi. Anche l'ordine cronologico e la valutazione del tempo trascorso sono molto incerti. Generalmente la durata del delirio sembra agli ammalati straordinariamente lunga. Essi riferiscono perciò i loro avvenimenti morbosi come se dopo di essi fossero scorse settimane o mesi, e non sono in grado di rendersi conto della serie delle immagini variopinte e mutevoli.

Fra le false *percezioni* illusorie e allucinatorie che all'inizio si presentano solo di notte, ma più tardi anche di giorno e occupano vivamente l'ammalato, quelle della *vista* sogliono prevalere. Le allucinazioni hanno generalmente grande chiarezza sensoriale, più di rado sono sfumate e incerte; il loro contenuto è ordinariamente terrifico

e spiacevole. Esse sono riguardate dagli ammalati ora come realtà, ora come illusioni artificiali (lanterna magica, cinematografo) che li debbono divertire o spaventare. Essi vedono spesso una quantità di oggetti più o meno grandi, polvere, fiocchi, monete, bicchierini di liquori, bottiglie, ecc. Le immagini visive si muovono quasi sempre più o meno vivacemente in relazione con l'inquietudine del corpo e con i movimenti dei muscoli degli occhi; si osserva anche diplopia.

Questa instabilità delle false percezioni spiega forse la frequenza con cui vengono visti animali guizzanti o fuggenti. Essi si spingono tra le gambe, ronzano nell'aria, ricoprono il cibo; tutto brulica di ra-

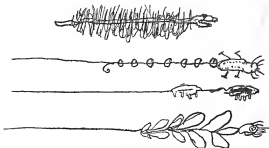



Fig. 4

gni « con ali dorate », di scarafaggi, di cimici, di vermi con lunghi pungiglioni, di topi, di cani, di animali rapaci. I disegni dal vero (fig. 4) forniti da un delirante, possono darci una idea di questi insetti nocivi; il primo rappresenta il « serpente russo » che gli rosicchiava le gambe. Verso gli ammalati si avanza un gran numero di uomini, nemici a cavallo, perfino sui trampoli, gendarmi; oppure le figure passano marciando innanzi a loro in lunghe fila, o stranamente aggruppate; figure spettrali minaccianti pericoli, mostri, nani, diavoli, fantasmi che ficcano la testa nella porta, corrono fra i mobili, salgono su scale a piuoli; più raramente si tratta di fanciulli abbigliati e sorridenti, di avvenimenti lubrici, di scherzi carnevaleschi, rappresentazioni teatrali. Un ammalato vedeva sua moglie che aveva rapporti sessuali con il suo amante sul mercato pubblico, in presenza dei principi e dei dignitari dell'Impero tedesco.

A ciò si aggiunge la percezione di rumori stridenti, di tintinnii, di sibili, di rumori indeterminati, di grida alte e confuse, di musica bene eseguita e bella, di canto di uccelli, di suoni di campane, di colpi di cannone, talvolta anche di voci chiare, di lamenti di parenti, di parole di rimprovero, di minacce e di accuse. All'ammalato debbono esser tagliate le mani e i piedi; si vuole ucciderlo e spedirlo ai suoi figli in una cassa. Speciali e differenti sensazioni della pelle fanno sorgere nell'ammalato l'idea che formiche, rospi e ragni striscino su di lui; i suoi genitali vengono rosicchiati, gl'intestini escono fuori del corpo, egli si sente circondato da fili sottilissimi, viene spruzzato d'acqua, morso, punto, ferito. Egli ammassa denaro che vede giacere in grande quantità intorno a lui e che sente distintamente nella sua mano, ma che si liquefà come argento vivo. Tutto quello che egli afferra sparisce, si restringe o cresce fino alla mostruosità per spezzarsi poi di nuovo, rotolare, scorrere via. Il rivale nascosto nel paglericcio fugge sempre proprio nel momento in cui l'ammalato crede di afferrarlo di sicuro. Allucinazioni dell'odorato e del gusto sembrano essere molto rare.

Nell' acme del delirio si possono quasi sempre suggerire all'ammalato, per mezzo della persuasione, certe allucinazioni. Dietro il nostro incitamento egli cerca di allontanare dal suo abito gl'insetti nocivi, si dà premura di raccogliere da terra la pretesa moneta d'oro caduta, depone guardingo sulla tavola gli aghi che egli crede che noi gli abbiamo premuto nella mano. Come è stato dimostrato da LIEPMANN (1) e da altri, gli infermi cominciano molto spesso a narrare le allucinazioni visive non appena si esercita una leggera pressione sui loro bulbi oculari e spesso ciò avviene anche nella convalescenza. Essi vedono allora colori, fiori, animali, parole e lettere dell'alfabeto, e non raramente tutto quello di cui si parla in quel momento.

Da questi dati appare chiaramente che molte di queste false percezioni debbono considerarsi piuttosto come illusioni, poichè la percezione reale fornisce il primo incitamento ad esse. I piccoli nodi e le irregolarità della tela sembrano pulci sulla biancheria del letto, le scalfitture dei piatti da tavola aghi; nelle pareti si aprono porte segrete. All'ammalato sembra di « conoscere » le persone che lo circondano, anche se egli non ne sa il nome o non è certo di saperlo. L'origine delle allucinazioni deve essere frattanto manifestamente cercato, come BONHOFFER ha messo in evidenza, in processi

(1) LIEPMANN, *Archiv. f. Psychiatrie*, XXV, 1.

centrali. A favore di ció sta anche l' esperienza da me fatta, che le allucinazioni visive non si coloriscono vedendole attraverso vetri colorati. Le false percezioni si presentano appena l'attenzione dell' ammalato si dirige su di un dominio sensoriale qualsiasi. Già a LIEPMANN era riuscito di produrre allucinazioni visive bendando gli occhi con un fazzoletto nero o rendendo buia la stanza; secondo le indicazioni di BONHÖFFER basta semplicemente domandare all'ammalato che cosa egli vede, ode, sente, per produrre subito una intera serie di false percezioni corrispondenti. Noi non possiamo dunque dubitare di aver da fare con numerose eccitazioni proprie dei centri sensoriali. La formazione di esse può venire influenzata solo fino ad un certo punto da percezioni e da rappresentazioni reali. A favore di ciò stanno non solo l'accessibilità alla suggestione, ma specialmente anche il congiungersi di allucinazioni di specie diversa in processi deliranti unitarii. Evidentemente le rappresentazioni sensoriali insorgenti nei singoli domini si influenzano reciprocamente fino allo sviluppo di false percezioni complesse. La macchia sul pavimento, dopo la suggestione appare una moneta, e questa nel tentativo di raccoglierla, viene anche sentita; l'ammalato nella sua angoscia, vede fucili puntati verso di lui e sente anche dire che egli deve essere ucciso.

Certamente parecchie false percezioni non sono per l' ammalato che semplici commedie alle quali egli assiste senza una intima partecipazione. Un ammalato vide così un numero di persone andare in automobile nella sua stanza e banchettarvi ininterrottamente per parecchie ore, senza che egli dicesse una sola parola: quindi esse pulirono il pavimento e se ne andarono. Generalmente però si ha una serie di avvenimenti più o meno coerenti e pieni di particolari stravaganti. L'ammalato prende parte ad occhi aperti ad una serie svariata di avvenimenti memorabili e contraddittorii, mescolando spesso in modo inestricabile impressioni reali con percezioni deliranti. Uno dei miei ammalati vedeva innanzi a sè un Tribunale segreto, in cui bevitori e temperanti discutevano intorno a lui. Altri vengono rinchiusi insieme a orribili vermi; diventano messi di Dio, vengono condotti al bagno, visitati dal medico, inondati con lo sciampagno dagli studenti; fanno banchetti e passeggiate con essi, si trovano poi improvvisamente rinchiusi di nuovo e derubati dei loro abiti; tutte le uscite sono dissimulate da colonne di marmo. contro le quali essi urtano inavvertentemente, ecc.

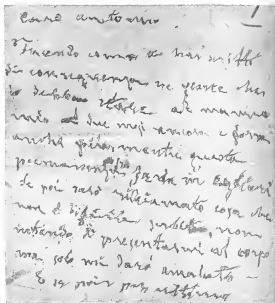
Le azioni abituali hanno generalmente una parte importante negli avvenimenti deliranti (delirio di occupazione). Gli ammalati credono di

trovarsi all' osteria, ordinano acquavite o una porzione di arrosto di vitello, vedono bevande innanzi a sè, le afferrano e le bevono, ascoltano ordinazioni, servono i « clienti », cercano la chiave di cantina « smarrita », o si credono occupati in un lavoro qualsiasi, mettono ciliege in un canestro, cuciono con fili immaginarii, battono con un supposto martello, guidano i loro indomabili cavalli, ecc. Tutti questi lavori imaginarî vengono compiuti in modo grandemente minuzioso, come nella vita reale. Basandosi su questi delirii l'ammalato si forma una completa falsificazione delirante della sua posizione e degli avvenimenti svolgentisi. Pure queste rappresentazioni deliranti acquistano un potere notevolmente limitato sul suo pensiero e sulla sua condotta. Egli non suole elaborarle, le dimentica rapidamente, si lascia dissuadere, non si fa signoreggiare da esse. Come Bonhöffer giustamente osserva, non si ha mai un cambiamento delirante della coscienza della personalità. Gli ammalati sanno sempre chi sono, che cosa essi sono, e non si può far loro credere nulla di diverso a questo riguardo.

Il *corso dei pensieri* degli ammalati è per lo più discretamente coerente; essi non sogliono essere propriamente confusi, però sussiste sempre una straordinaria *deviabilità*. Le rappresentazioni finali sono fugaci e hanno una intensità minima. Domande intercalate, impressioni accidentali, anche disturbi psico-sensoriali o rappresentazioni insorgenti bastano ad arrestare il corso dei pensieri e a far prendere ad essi un' altra direzione. Gli ammalati sono incapaci di raccogliere i loro pensieri, di ricordarsi rapidamente, di risolvere difficili problemi, di riconoscere contraddizioni, di giudicare nella loro posizione, anche se di tempo in tempo si nota una confusa coscienza della malattia. Bonhöffer, seguendo un processo indicato da Ebbinghaus, trovò che durante il delirio, la capacità di supplire le sillabe e le p role, che erano state tralasciate in un testo coerente, era notevolmente diminuita. Tutte queste particolarità ricordano molto il comportamento del sogno: esse indicano che le rappresentazioni sono rischiarate solo imperfettamente e unilateralmente, e che non è possibile abbracciarle con lo sguardo in tutta la loro estensione. Nel sogno noi ritroviamo anche la vivacità e l'intima coerenza dei quadri deliranti, la perdita dell'orientamento del tempo, del luogo e delle cose, senza pregiudizio della coscienza personale.

Secondo le ricerche di Bonhöffer la *capacità di fissazione* delle parole pronunziate e dei numeri e notevolmente diminuita negli infermi; essi riconoscono meglio i quadri, perchè questi offrono maggiori legami. La *memoria* degli avvenimenti e delle cognizioni pre-

cedenti è d'ordinario inalterata. Gli infermi sono in grado di dare diffusi ed esatti ragguagli sulla loro vita passata e sui loro affari; solo nei casi gravi si riscontrano inesattezze ed errori. Al contrario gli avvenimenti più prossimi vengono rapidamente dimenticati, alterati, scambiati; l'ordine cronologico è sempre completamente perduto. Spesso si presentano qui *illusioni mnemoniche* che evidentemente insorgono spontanee, sul momento. Gli ammalati raccontano di essere stati in viaggio, di aver ricevuto visite, di aver finito un lavoro, e alterano i loro racconti a seconda delle obbiezioni e dei suggerimenti ad essi rivolte; questo fenomeno ci ricorda la psicosi di Korssakow, della quale parleremo in seguito.

L'umore degli infermi si trova generalmente in istretta relazione con il contenuto dei delirii. Esso è perciò ora angoscioso e spaventato, ora particolarmente umoristico. Con l'aumentare della inquietudine il colorito angoscioso sembra diventare più intenso, forse in seguito alla maggiore difficoltà di respiro, se pure l'inquietudine non forma l'espressione dell'angoscia crescente. Pure con il rapido cambiamento degli avvenimenti deliranti la disposizione d'animo muta spesso istantaneamente. L'ammalato, sulla fronte del quale sta ancora il sudore dell'angoscia, scherza sulla propria situazione, fa osservazioni spiritose, descrive giocosamente le sue allucinazioni, l'allegria e la paura della morte si succedono rapidamente. In tal modo si forma spesso un miscuglio singolarmente caratteristico di ansia nascosta e di allegria. Sembra che l'ammalato, insieme alle immagini spaventose e ai pericoli, percepisca più o meno chiaramente le ridicole impossibilità e le contraddizioni delle sue vicende deliranti. Bonhöffer ritiene la particolare euforia di questi deliranti come un indizio della debolezza psichica, e la paragona con il tono sentimentale dei soggetti affetti da tumore cerebrale. Io non ho potuto però convincermi che essa insorga soltanto nell'indebolimento profondo della vita psichica, e vorrei piuttosto compararla all'allegra spensieratezza che noi troviamo così spesso specialmente nel bevitore e anche nella psicosi di Korssakow, e che è propria anche al semplice stato di ebbrezza.

Nella *condotta* e nelle *azioni* dell'ammalato si notano di regola una marcata *irrequietezza* e spesso anche una grande *loquacità*. Le sue risposte si seguono rapidamente e senza lunga riflessione. Pure, contrariamente a quel che succede nell'ebbrezza, non si riscontra smania di parlare, nè inclinazione ad esprimersi in ritmo o in versi. L'ammalato non è assolutamente in grado di occuparsi con vero ordine, anzi viene assorbito completamente dalle allucinazioni. Raramente egli

le fa passare inosservate, per lo più è spinto da esse a vivaci manifestazioni. Egli risponde forte alle voci che lo chiamano, si difende dai rimproveri, balza dal letto e vuole uscire dalla porta poichè è giunto il tempo del suo supplizio e tutti lo aspettano. Si diverte nel vedere gli strani animali, si ritrae spaventato dagli uccelli che garriscono, cerca di levar via i vermi, di calpestare gli scarafaggi, avanza le dita distese e aperte per acchiappare le pulci, raccoglie il danaro che giace dappertutto, cerca di spezzare i fili che lo circondano, salta con penosi sforzi sopra i fili di ferro distesi per terra. A ciò si aggiungono le più svariate azioni prodotte dal suddetto delirio di occupazione. Sono relativamente rare le aggressioni contro le persone assistenti ritenute nemiche, e anche i serii tentativi di suicidio. Più sovente gli ammalati rimangono vittime delle loro intraprese deliranti. Uno de' miei ammalati nella agitazione causata dalla paura di due servitori che entravano in quel momento, si gettò da una finestra del secondo piano e si ruppe il radio; uno studente riuscì, stringendosi, ad uscire dalla finestra della sua stanza per raggiungere una scala che vedeva nella sua allucinazione, cadde sulla ringhiera del balcone del piano inferiore e rimase giacente sulla morbida neve, senza essersi fatto alcun male

Nel dominio *sensitivo* (1), quali indizii di forme neuritiche, possono esistere parestesie, iperestesie, anestesie circoscritte, sensibilità alla pressione dei nervi e dei muscoli, quali esse sogliono accompagnare l'alcoolismo cronico, Talvolta è anche molto marcata l'insensibilità dell'infermo per gravi ferite, la mancanza di riguardo con la quale muovono le membra fratturate, la assenza di lamenti nelle malattie infiammatorie. I movimenti sono goffi, disadatti, frettolosi; spesso coesiste una grande cascaggine e debolezza muscolare. Gli esercizi ginnastici non riescono; la deambulazione è per lo più mal sicura e barcollante. La parola presenta spesso disturbi atassici e parafasici, sbagli, scambii di lettere e di parole; nei casi gravi la parola può divenire balbettante e addirittura incomprensibile. Ma il sintoma più appariscente, quello che ha dato il nome alla malattia, è il *tremore* grave che di regola si manifesta con grande chiarezza alla lingua protrusa e alle dita delle mani e che può estendersi anche ai muscoli del volto e delle estremità. Molto distinto si manifesta tale tremore nella scrittura (fig. 5). La uniformità delle linee ondulate, che risalta specialmente nelle lettere più lunghe, indica però l'origine alcoolica. In alcuni casi di

---

(1) DÖLLKEN, *Die Körperlichen Erscheinungen des Delirium tremens*, 1901.

speciale gravezza si vedono anche più intense scosse muscolari e perfino spasmi tonici, che sono probabilmente parziali manifestazioni di epilessia alcoolica. Si ha talvolta arruotamento di denti. I tratti del

Fig. 5.

volto sono cadenti; qualche volta si mostrano contrazioni involontarie e movimenti consensuali. Molto frequentemente si presentano gravi *attacchi epilettiformi* che più spesso si hanno all'inizio della malattia; circa nel 10 % dei casi 1-2 giorni prima della esplosione della malattia e più raramente durante questa. La *eccitabilità riflessa* può essere aumentata e in alto grado, specialmente poco tempo prima

degli attacchi epilettici. In certi casi che si iniziano con tali violenti attacchi, secondo BONHÖFFER, si possano avere grossolani fenomeni a focolaio, paralisi facciale ed emiparesi, che scompaiono dopo brevissimo tempo. Si è osservata anche diplopia e paralisi dei muscoli oculari.

Il *sonno* nel *delirium tremens* è quasi completamente abolito; l'irrequietezza suole aumentare verso sera e perdura senza alcuna interruzione o almeno con piccole interruzioni, se pure il sopravvenire di uno stato soporoso non annunzia uno sfavorevole mutamento del processo morboso. La *nutrizione,* per l'eccitamento ansioso dell'infermo, per il catarro della bocca e dello stomaco che si ha ordinariamente, come anche per eventuali idee di avvelenamento insieme a sitofobia, viene sensibilmemte compromessa; il peso del corpo suole diminuire considerevolmente. L' alvo è stitico. La temperatura del corpo è, secondo le ricerche di FRIIS e JACOBSON, superiore al normale, anche nell' 80-90 $^0/_0$ di quei casi a cui non si accompagnano altre malattie somatiche. L'acme della temperatura si ha al primo e al secondo giorno; quindi la temperatura scende lentamente o improvvisamente. A volte si ha un giorno di apiressia durante il decorso febbrile. In alcuni casi l'aumento della temperatura diviene costante ed elevato in modo pericoloso (fino a 43°) con esito mortale *(delirium tremens febbrile* di MAGNAN); in tali casi forse si tratta sempre di infezioni, la cui insorgenza è favorita dalla insensibilità e dalla poca capacità di resistenza degli infermi. La frequenza del polso è aumentata, quella della respirazione alquanto meno; spesso si manifestano forti sudori. La pressione sanguigna pare sia diminuita; in casi gravi si manifesta una lieve cianosi. LIEPMANN (1) trovò nell'acme della malattia nelle urine, nel 76 $^0/_0$ dei casi, albumina, nel 26$^0/_0$ perfino in grande quantità. L'albumina per lo più scomparve subitamente con la cessazione del delirio; nel 24$^0/_0$ dei casi si potè contastarne la presenza anche dopo, quindi era probabilmente in relazione con le alterazioni generali proprie dell'alcoolismo cronico. Molto raramente si riscontrarono albumose, più spesso invece le nucleo-albumine. Di molta importanza per la conoscenza del *delirium tremens* sono infine i *reperti del sangue* riferiti da ELSHOLZ (2), il quale potè dimostrare che il numero dei globuli bianchi è, nell'acme della malattia, non di rado aumentato. Specialmente le forme polinucleari aumentano, mentre scompaiono le forme eosinofile.

(1) LIEPMANN, *Archiv. f. Psychiatrie, XXVIII,* 570,
(2) ELSHOLZ, *Jahrbücher f. Psychiatrie, XV,* 2. u. 3.

Il *decorso* del *delirium tremens* è per lo più rapido e favorevole. La guarigione si ha con il ricomparire del sonno, ordinariamente ad un tratto, oppure in seguito a graduale scomparsa dei disturbi psicosensoriali, che possono però continuare in grado più limitato, anche quando l'infermo è capace di rettificarli. Con il sonno che a volte dura lungamente ed è profondo scompare l'irrequietezza e il forte tremore, mentre permane lo speciale tremore dell'alcoolismo cronico. La temperatura del corpo diminuisce e così la frequenza del polso; scompare l'albumina nelle urine e i suaccennati mutamenti sanguigni regrediscono, anzi talvolta si invertono, per poi gradualmente tornare allo stato normale. Così le forme eosinofile si possono riscontrare non di rado fortemente aumentate per lungo tempo, mentre il numero dei leucociti polinucleari diminuisce considerevolmente. Secondo le osservazioni di Jacobson (1) nell'80 % dei casi non congiunti ad altre malattie, il sonno ricompare dopo circa tre giorni; la durata più breve del delirio da lui osservata, fu di 1 ½-2 giorni; la più lunga di 5 giorni; però si possono osservare anche casi di maggiore durata.

Dopo svegliati, gli infermi sono di regola lucidi, benchè ancora si presentino un po' stanchi e smemorati. I disturbi psico-sensoriali sono scomparsi; gli infermi rettificano le loro idee deliranti, ma presentano forse ancora dei dubbii su singoli tratti di queste, per acquistare in seguito rapidamente una completa percezione dei fatti. Il ricordo delle idee deliranti è spesso stranamente chiaro, in contrasto con gli stati morbosi che sono uniti a profondo offuscamento della coscienza, sebbene alcuni particolari, e anche tutto un periodo possa andare perduto. Analogamente a ciò che si ha nei sogni, la vivacità del ricordo suole ben presto impallidire. In alcuni casi si sviluppa dopo pochi giorni, ed anche senza ingestione di alcool, un nuovo attacco di *delirium tremens*, che secondo l'esperienza di Bonhöffer annuncia spesso il passaggio alla malattia di Korssakow. Ritornato l'infermo in libertà, le ricadute, per motivi facili a comprendersi, sono frequentissime.

Nei casi gravi si rendono prevalenti i disturbi somatici; gli spasmi e le contrazioni muscolari, l'atassia, i sussulti, i disturbi dei muscoli oculari, l'alterazione profonda del senso di posizione. Nell'istesso tempo gli infermi sono incoscienti, delirano incoerentemente; i movimenti divengono gradualmente più deboli e più cascanti, il polso diviene piccolo, frequente da non potersi più contare, e con un rapido

(1) Jacobson, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIV*, 221.

aumento dell' incoscienza, oppure, ad un tratto, può aversi la morte. Tale esito si limita d'ordinario nei casi curati al Manicomio al 3-5 %, secondo le ricerche di BONHÖFFER si estenderebbe al 9 %, secondo JACOBSON perfino nel 19 % dei casi. Le cause più frequenti della morte sono la polmonite che aumenta la mortalità fino al 40,5 % dei casi, poi la debolezza cardiaca, la setticoemia in seguito a ferite, infine il suicidio e gli accidenti traumatici.

Il reperto anatomico mostra spesso grave stasi venosa e edema cerebrale. BONHÖFFER (1) riscontrò una considerevole scomparsa delle fibre, specialmente nella corona raggiata delle circonvoluzioni centrali e nella sostanza midollare del verme del cervelletto e nei cordoni di Goll; i lobi temporali e la circonvoluzione di BROCA presentavano solo leggiere alterazioni, oppure non ne presentavano alcuna. Nel semplice alcoolismo mancavano tali reperti. Nelle grandi cellule piramidali e nelle cellule motorie della circonvoluzione centrale anteriore erano più o meno scomparse le trabecole della sostanza acromatica; i prolungamenti invece erano fortemente colorati per lungo tratto. Qua e là si potevano riconoscere i nuclei; un grande numero di cellule apparivano in preda a gravi processi di degenerazione. Corrispondenti trasformazioni si trovavano nelle cellule di PURKINJE. TRÖMNER riscontrò un insieme di gravi lesioni cellulari acute e croniche, specialmente nelle zone anteriori della corteccia, inclusa la zona insulare; questo autore è inclinato a riportare i primi al *delirium tremens*. NISSL ha dimostrato una parziale distruzione delle cellule della corteccia. Inoltre si riscontrarono cambiamenti che ricordavano altre alterazioni cellulari acute, cioè colorazione della sostanza acromatica e specialmente del cilindrasse, disfacimento della sostanza cellulare e leggiero rigonfiamento. Accanto a questi si avevano mutamenti cellulari cronici e proliferazione della glia. Una parte di queste alterazioni potrebbe essere messa, in relazione, come del resto anche TRÖMNER ammette, con l'alcoolismo cronico. Si aggiungano inoltre le emorragie miliari che si riscontrano in gran numero qua e là, specialmente nella regione dei nuclei dei muscoli oculari, e anche le alterazioni vascolari. Eguale rapporto si deve ammettere anche per la infiltrazione e la degenerazione grassa, così frequente, del muscolo cardiaco, la cirrosi e la degenerazione grassa del fegato e le alterazioni renali. JACOBSON crede al contrario

(1) BONHÖFFER, *Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie*, I, 229; TRÖMNER, *Archiv. f. Psychiatrie*, *XXXI*. 3.

di poter utilizzare per il *delirium tremens* l'osservazione fatta, che cioè in 45 sopra 72 autopsie, fu riscontrata iperplasia acuta della milza e in altri 9 casi iperemia di questa.

In un piccolo numero di casi il *delirium tremens* non cessa con il sopraggiungere del sonno. Eccezione fatta delle dette ricadute, si deve innanzi tutto ricordare il passaggio alla psicosi di Korssakow, descritto dettagliamente da Bonhöffer. Inoltre in qualche caso dopo il delirio si sviluppa la forma paranoide dell'alcoolismo cronico, della quale parleremo in seguito, e che per lo più ha un esito in uno stato di debolezza psichica.

Tra i colpiti da *delirium tremens* prevalgono, per ragioni facili a comprendersi, gli uomini, Jacobson su 300 di questi infermi riscontrò solo 19 donne; il 74 % degli infermi oscillavano tra i 30 e i 50 anni. L'esplosione della malattia si ha più frequentemente d'estate che d'inverno. Bonhöffer ravvicina questa osservazione all'azione più funesta dell'alcool nei tropici e la fa dipendere dalla combustione più rapida del veleno durante il freddo.

Le vere *cause* del *delirium tremens* sono ancora oscure. In un grandissimo numero di casi oltre l'alcoolismo, non si può riscontrare altra causa nociva. Invece si potrebbe supporre che il delirio si aggiunga preferibilmente ad una qualsiasi influenza debilitante, specialmente a malattie febbrili, a gravi eccitamenti emotivi (arresti e ferite). Jacobson tuttavia sopra 280 casi ne riscontrò solo 44 nei quali aveva preceduto una ferita di qualche gravità, e anche in quei casi era poco probabile una relazione causale, o la lesione sembrava addirittura una conseguenza della iniziantesi incoscienza delirante, specialmente di attacchi convulsivi iniziali. Con relativa frequenza il delirio si inizia al 3.°-4.° giorno di una polmonite. Bonhöffer riscontrò nel 20 % dei suoi infermi una polmonite crupale, nel 20 % altre malattie degli organi respiratorii, nell'8 % infezioni varie, nell'11 % disturbi dello stomaco e dell'intestino, nel 10 % ferite, alle quali ultime anche egli non assegna una notevole importanza causale. Tuttavia per la frequenza delle altre malattie polmonari, egli crede che le contusioni della cassa toracica e le fratture, che con grande facilità determinano embolie grassose dei polmoni, potrebbero avere una certa importanza.

Pertanto le osservazioni attuali portano a concludere che tutti quei disturbi che richiedono dall'organismo un maggiore lavoro e turbano così il suo equilibrio, siano capaci di produrre nell'alcoolista l'esplosione del *delirium tremens*. Tra le cause che ne preparano l'insorgere io credo di dover dare una grande importanza alla *grave altera-*

zione cronica della nutrizione generale. In un grande numero di deliranti si apprende che essi, a causa del loro catarro gastrico, si nutrivano da settimane o mesi insufficientemente. Anche l'ingestione aumentata di alcoolici non dovrebbe essere senza importanza. Una quistione molto dibattuta è infine quella se la subitanea sottrazione dell'alcool sia da considerarsi come causa determinante del delirio. Però si è visto abbastanza spesso svilupparsi il delirio, sebbene gli infermi continuino a bere copiosamente. Nè può dirsi neppure che la somministrazione di alcoolici abbia per effetto di abbreviare il delirio, sebbene anche il tremore e la incertezza dei movimenti possono transitoriamente migliorare, come ha dimostrato Bonhöffer, con l'azione psicomotrice dell'alcool. Le osservazioni fatte nei Sanatori per alcoolisti non dimostrano in generale il sopraggiungere dei delirii alcoolici per l'astinenza. Bonhöffer ha invece osservato nei prigionieri la brusca insorgenza di delirii alcoolici a decorso rapido e favorevole, due o tre giorni dopo l'arresto. Anch'io ho osservato un certo numero di casi simili, specialmente nei vagabondi. Tuttavia è da osservare che in tali casi ha una certa parte non solo l'astinenza forzata, ma anche tutti gli altri sfavorevoli effetti della reclusione. Io ho osservato in un epilettico dopo una prigionia di 15 giorni, in seguito ad uno stato crepuscolare, un indubbio *delirium tremens.*

In ogni modo si può affermare l'esistenza di strette relazioni tra *delirium tremens* e alcoolismo protratto. Specialmente l'acquavite ha una parte principalissima in questa relazione tanto che è dubbio se il vino e la birra da sole possono produrre la malattia. Tuttavia il *delirium tremens* presenta sintomi completamente diversi da quelli dell'intossicamento alcoolico così ben noto. A quello manca innanzi tutto la tendenza alle assonanze, al ritmo, all'impulso verbale, mentre i vivaci disturbi psico-sensoriali e il tremore interno indicano manifestazioni patologiche del tutto nuove e caratteristiche. Inoltre si aggiunga che la malattia scomparo dopo pochi giorni anche se si continua a somministrare l'alcool; che si può manifestare anche dopo un certo periodo di astinenza e che non colpisce ogni alcoolista anche se questi offra i sintomi evidenti dell'alcoolismo cronico; anche la quantità del consumo giornaliero di acquavite non è decisiva per lo sviluppo del *delirium tremens.*

Da tutto ciò mi sembra risulti che per l'insorgenza del delirio, oltre all'abuso di alcoolici deve avere una grande parte qualche altra circostanza che ci è fino ad ora sconosciuta. Io sono inclinato ad ammettere che in questi casi abbiano una parte concomitante gli svariati

e gravi mutamenti organici che sono originati dall'alcoolismo cronico. Probabilmente, come del resto dimostra l'anemia e l'adiposi degli alcoolisti, debbono sopravvenire profondi disturbi del ricambio materiale, nel corso dei quali un qualsiasi fatto sfavorevole può indurre quello squilibrio che clinicamente ci si presenta sotto la forma di *delirium tremens*.

Ad ipotesi analoghe sono giunti moltissimi altri osservatori. Jacobson crede specialmente alla possibilità di un assorbimento dall'intestino di materiale di decomposizione, e Hertz paragona semplicemente il *delirium tremens* all'uremia, supponendo che sul fondo dell'alcoolismo cronico una nefrite acuta produca il quadro morboso. Anche Elsholz, per i mutamenti sanguigni da lui dimostrati, sostiene l'ipotesi di una auto-intossicazione caratteristica. Egli crede che l'alcool agisca, per così dire, come contravveleno contro il veleno formatosi nell'organismo, e per dimostrare ciò ricorda l'impulso dell'alcoolista per l'alcool, come pure l'azione favorevole di quest'ultimo sull'atassia e sul vomito mattutino. Io invece propendo a credere che per la spiegazione delle osservazioni riportate sia completamente sufficiente ricordare l'azione dell'alcool, narcotizzante, euforica, eccitante in senso psicomotorio e l'azione paralizzante sulla volontà. Infine Bonhoffer pensa ad un veleno che si formi nel lavorio digestivo che abitualmente venga espulso attraverso i polmoni, e quindi sviluppi di preferenza la sua azione, quando l'attività polmonare è morbosamente colpita. È invece da considerare che gli alcoolisti hanno generalmente una grande tendenza alle malattie polmonari, forse per il fatto che l'alcool viene in parte espulso dagli organi respiratorii e può così produrre alterazioni locali. Quindi la frequenza delle malattie polmonari nel delirio non deve avere una relazione tanto intima con l'insorgenza della malattia stessa. Tuttavia i reperti del sangue e dell'urina, i quali non si presentano nè in seguito ad azione dell'alcool nè in seguito a febbre, e l'aumento frequente della temperatura e finalmente tutto il caratteristico quadro morboso psichico indicano certamente che nel *delirium tremens* non si ha a che fare che con un semplice aumento di una intossicazione di natura essenzialmente diversa, che solo è preparata dall'abuso di alcoolici. Noi osserviamo d'altronde anche in paralitici non alcoolisti stati di eccitamento rapidamente decorrenti, che hanno una grande rassomiglianza col *delirium tremens*.

Una certa conferma della suddetta ipotesi, mi sembra fornita anche da quei casi non rari di forme abbreviate o rudimentarie di *delirium tremens*. In tali casi si hanno transitoriamente notti di insonnia, leggiera ansia e incoscienza con veri disturbi psico-sensoriali e idee deliranti rapidamente corrette. Anche disturbi psico-sensoriali notturni

senza ulteriori fenomeni psichici esistono qualche volta accanto ad una completa coscienza di malattia. Molti dei miei infermi prima del delirio accentuato avevano presentato simili attacchi leggieri, sintoma questo che dimostra come il disturbo fosse già da lungo tempo preparato prima che avvenisse la esplosione decisiva. Una donna già tre mesi prima dell'esplosione del delirio andava sempre a letto armata d'una forchetta, perchè aveva un timore incerto di venir presa e trascinata via. Un altro infermo cercava di difendersi sparando contro lo figure minacciose. Da queste osservazioni, rilevate anche da BONHÖFFER, si può concludere che nel *delirium tremens* si abbia a fare solo con un aumento improvviso di disturbi, i quali preesistevano in modo permanente in un grado minore. Si potrebbe pensare che un qualche veleno da ricambio materiale alterato venisse formato in quantità maggiore, o che gli organi protettivi che fino allora erano sufficienti, siano divenuti insufficienti. Sicchè il *delirium* potrebbe confrontarsi forse con il coma diabetico che ugualmente è un subitaneo peggioramento minaccioso di una lunga malattia, che fino all'esplosione del coma stesso aveva avuto un decorso con manifestazioni relativamente minime.

La *diagnosi* del *delirium tremens*, osservando attentamente il quadro morboso, non presenta d'ordinario alcuna difficoltà. Ai paralitici ricordati più sù manca l'umore degli alcoolisti; essi inoltre sogliono essere anche meno comunicativi e più profondamente stupidi. I gravi stati crepuscolari con manifestazioni a focolaio, che a volte insieme con un attacco convulsivo iniziano il delirio, possono venire confusi con una meningite, finchè un rapido miglioramento e l'insorgere dei noti segni morbosi non getta luce sul vero stato delle cose; tanto più che manca la rigidità della nuca. Ai delirii epilettici fa difetto il caratteristico tremore, la atassia; il tono sentimentale è o puramente ansioso o irritabile o esaltato, l'eccitamento ha origine chiaramente da fatti emotivi, a differenza dell'irrequieto affaccendamento degli alcoolisti deliranti. Gli infermi si lasciano poco distrarre, sono poco trattabili, poco uniformi nei loro pensieri e nei loro discorsi; spesso non dànno risposta, ma sbagliano leggendo o parlando come ha messo in evidenza BONHÖFFER; i loro disturbi sensoriali hanno piuttosto contenuto terrifico e visionario, spesso soprannaturale. Molto frequenti sono i miscugli di delirii febbrili o di stati crepuscolari epilettici con il *delirium tremens*. In tali casi si trova per lo più un grave offuscamento della coscienza, nell'epilessia anche idee deliranti confuse specialmente a contenuto religioso, mentre l'influenza alcoolica si manifesta con irrequietezza, vivaci disturbi psico-sensoriali, delirio di occupazione, tremore. Ugualmente avviene per la mescolanza dei

delirii paralitici e alcoolici, il caratteristico colorito dei quali è dato dalla falsificazione della coscienza della personalità.

Il *trattamento* del *delirium tremens* deve consistere nell'astensione da ogni intervento debilitante e deve provvedere per quanto è possibile al *mantenimento delle forze* con una adatta e buona nutrizione (latte). Già fin dall'inizio, con gli alcoolisti affetti di malattie fisiche bisogna tener presente la possibilità dell'insorgenza di un *delirium tremens*, e quindi regolarsi secondo il punto di vista accennato. In un grande numero di casi sarà sufficiente il puro trattamento aspettante. Quando il semplice trattamento in letto non può eseguirsi per la crescente irrequietezza degli infermi, dà ottimi risultati il bagno permanente prolungato giorno e notte, nel quale gli infermi, con sufficiente sorveglianza, si lasciano tenere sempre senza grande difficoltà. Se la irrequietezza è molto forte, allora si può aiutare l'azione del bagno con alcune dosi di paraldeide, oppure di trional e nel caso di estremo bisogno con la joscina. Di tutti gli altri mezzi calmanti si può benissimo fare a meno, così p. e. dell'oppio che fu un tempo molto raccomandato, e del cloralio idrato che non è innocuo. Io sconsiglio anche la somministrazione di alcool; giacchè quantunque da anni non lo somministri più, ho avuto sempre buoni risultati. Più volte ho veduto casi quasi disperati, nei quali io era in procinto di somministrare alcool, decorrere tutto ad un tratto in modo del tutto favorevole. Di specialissima importanza è un'accurata sorveglianza del cuore. Appena si osserva il menomo sintoma di debolezza cardiaca o di disturbi circolatorii è urgente iniziare un trattamento eccitante con caffè forte, con iniezioni di caffeina e di canfora, e, in dati casi, con doccie fredde o con ipodermoclisi. La guarigione deve essere aiutata con la cura dei disturbi digestivi e con una buona nutrizione, come pure cercando di regolare il sonno.

Si è già più innanzi detto che la correzione dei fatti deliranti nei bevitori non avviene sempre rapidamente e senza ostacoli, ma che talvolta quando già è comparsa la lucidità, vengono mantenute per alcuni giorni le idee morbose insorte nell'acme del delirio. Questi casi formano forse il punto di passaggio a quelle forme morbose che BONHÖFFER distingue col nome di « delirio cronico », ma che io preferisco chiamare col nome di psicosi di KORSSAKOW (1). Nel 1887 KORSSAKOW

---

(1) KORSSAKOW, *Archiv. f. Psychiatrie, XXI*, 669; *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, XLVI*, 475; TILING, idem, *XLVIII*, 549; *Uber alkoholische Paralyse und infektiose Neuritis multiplex*, 1897, Jolly, *Charitéannalen, XXII*; MÖNKE-

ha descritto un grande numero di casi, che hanno quale caratteristica comune una relazione con le forme polineuritiche, e una origine tossiemica. Tra i sintomi psichici, che spesso divergono molto gli uni dagli altri, è specialmente frequente un *profondo disturbo della fissazione e tendenza alla falsificazione dei ricordi con perdita dell' orientamento.* Le osservazioni successive hanno insegnato che il quadro morboso descritto da Korssakow può insorgere sotto molteplici condizioni causali; ma che con frequenza maggiore e nella maniera più manifesta si sviluppa sul terreno dell'alcoolismo cronico. Per tal ragione a questo gruppo principale di casi che hanno una etiologia nota, si deve assegnare un posto separato di fronte a quadri simili ma di origine diversa, e si deve conservare loro il nome di psicosi di Korssakow. In seguito però si è dimostrato che i disturbi polineuritici si associano bensì molto spesso, però non sempre, col quadro morboso psichico che è del resto molto bene caratterizzato. Quindi è che presentemente non si può mantenere a tale forma la denominazione di *psicosi polineuritica.*

L' inizio della malattia è dato spesso da uno stato delirante che somiglia completamente agli altri delirii degli alcoolisti. Gli infermi però, dopo trascorso il tempo abituale a questi delirii, non divengono lucidi, benchè i disturbi psico-sensoriali e la irrequietezza scompaiano ritorni anche il sonno; però essi non rettificano i fatti deliranti e non si possono orientare nel loro ambiente. Più raro è l'inizio descritto da Bonhoffer consecutivo ad uno stupore insorto rapidamente con singoli e deliranti disturbi psico-sensoriali. Ancora più raramente i disturbi psichici si sviluppano gradualmente dalle manifestazioni usuali dell'alcoolismo cronico. L'insorgere della psicosi di Korssakow è annunziato sopratutto dall'impallidire degli altri disturbi di fronte al disturbo della *facoltà di fissazione* che si fa sempre più evidente.

Nei casi più spiccati tale disturbo può essere di così alto grado che gli infermi già dopo pochi minuti o anche dopo qualche secondo hanno di nuovo dimenticato ciò che ad essi è accaduto o ciò che volevano ricordare. In tal modo si ha un quadro molto caratteristico. Benchè gli infermi siano coscienti e comprendano senza difficoltà ciò che loro si dice, sono tuttavia completamente incapaci di raccogliere nuove nozioni, o di formarsi un quadro completo del decorso degli

---

Möller, *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, LIV,* 866; Raimann, *Wiener Klin. Wochenschrift* 1900, 2; Elsholz, idem, 1900, 15; Heilbronner, *Monatsschrift für Psychiatrie, III,* 459.

avvenimenti. Essi non sanno ciò che hanno fatto mezz'ora prima, se hanno già pranzato, se si sono lavati, se hanno già visto il medico, e quindi anche le spiegazioni che loro si dànno su questi punti non sono capaci di essere impresse profondamente nella memoria, cosicchè è impossibile influire sulla loro deficiente lucidità. Tuttavia alcune impressioni specialmente vivaci o emozionali possono fissarsi, ma non rimangono in relazione con fatti antecedenti o susseguenti.

La prima conseguenza del disturbo di fissazione è la completa *perdita dell' orientamento.* L' infermo non può neppure disporre in ordine di tempo quei ricordi che ancora sono rimasti, perchè mancano tutti gli anelli intermedii. Egli perciò non ha idea alcuna del tempo che è trascorso, se un fatto è avvenuto oggi o un mese fa; non conosce l' anno nè il giorno del mese, e nei casi gravi neppure l'ora della giornata. Uno dei miei infermi diceva che doveva essere rimasto per sei mesi o per un anno intero in un dormiveglia, e così aveva tutto dimenticato. Non sapendo come è giunto nel suo nuovo luogo di soggiorno, l'infermo non può farsi un'idea in quale città e in quale casa si trovi; l'ambiente nel quale vive non gli diventa famigliare, perchè non lascia traccia delle sue impressioni. Le persone che lo avvicinano gli sembrano di solito conosciute, ma non sa dire i loro nomi, crede solo di averle già una volta vedute, e talvolta le designa esitante ora con questo ora con quel nome.

Più intensa è la perdita dei ricordi per il periodo della malattia attuale, appunto da quando cominciò a verificarsi la incapacità di fissazione. Ci si può però presto convincere come anche una gran parte del materiale mnemonico già acquisito è del pari andato perduto. Abbiamo quindi a fare con una *amnesia retrograda* progressiva. In tal modo possono sembrare completamente estinti molti anni o decine di anni. L'infermo non sa più dire che cosa ha fatto negli ultimi anni, dove ha abitato, come e quando cadde infermo. Non si ricorda più degli ultimi figli, dei decessi famigliari, ha forse anche dimenticato di essere ammogliato. Un mio infermo scrisse in giorni consecutivi due autobiografie che differivano l' una dall'altra in moltissimi punti, e riportava il nome da nubile di sua moglie in modo diverso, una volta giustamente, un'altra volta ricordando il nome di una antecedente fidanzata. In questo caso un periodo di 16 anni, durante il quale l'infermo aveva occupato posizioni indipendenti, era andato quasi completamente perduto, rimanendo solo qualche oscura traccia di memoria. Invece ciò che era avvenuto antecedentemente era ricordato rapidamente e giustamente. Una tale limitazione esiste spesso, però di solito non è così

netta; più di frequente esistono spazii intermedii; inoltre anche alcuni ricordi antecedentemente acquisiti si mostrano più o meno danneggiati, e finalmente anche nei periodi nei quali la memoria è estinta si riscontrano ancora alcuni resti di ricordi, l'ordine cronologico dei quali è però per lo più del tutto incerto.

Un esatto esame dell'alterazione psichica compiuta coll'aiuto di metodi di misurazione, presenta innanzi tutto l'interessante fatto che la *facoltà di percezione* è considerevolmente diminuita; in uno dei miei casi fin ad $^1/_6$ dalla norma. Di questo grave disturbo, l'esame coi metodi comuni lascia appena intravedere qualche cosa. Probabilmente ciò deriva dal fatto che si tratta essenzialmente di un *rallentamento del processo percettivo*. Si può forse ammettere che i residui mnemonici che ordinariamente rendono possibile la rapida percezione delle impressioni esterne emergano con speciale lentezza negli infermi, sicchè il riconoscimento sia reso più difficile. A favore di ciò parla anche l'osservazione di quell'infermo che percepiva completamente bene secondo la loro forma le lettere senza però riconoscerle. In tal modo si comprende perchè il disturbo di percezione risalti in modo distinto quando le impressioni agiscono solo per un breve tempo, mentre nei rapporti quotidiani ciò non viene osservato. Anche la *facoltà di fissazione* appare all'esame fortemente diminuita, nel caso suddetto fino ad $^1/_3$, $^1/_4$ della norma. Molto degno di nota era il fatto che in tutti questi esperimenti l'azione dell'esercizio che risalta sempre moltissimo mancava completamente; essa si basa appunto sui residui delle tracce delle precedenti attività. Pel lavoro appreso nella prima gioventù, come la continuata addizione di cifre di una unità, si mostrò evidente invece un progresso con l'esercizio; in tali casi esistevano verosimilmente dei rapporti che facilitavano il richiamo di tracce precedenti.

Le enormi lacune mnemoniche che si sono prodotte negli infermi vengono da questi appena o affatto avvertite. Invece in luogo dei veri ricordi sono molto estese le *falsificazioni dei ricordi*, che per gli infermi portano l'impronta della più completa certezza subbiettiva. Innanzi tutto tali falsi ricordi hanno forse rapporto solo con gli ultimi tempi. Gli infermi narrano di visite che hanno ricevuto, di passeggiate fatte, di notizie ricevute, fanno un racconto colorito degli avvenimenti più recenti da loro completamente inventati, benchè in in realtà abbiamo passato anche dei mesi nella vita uniforme dell'ospedale. Spesso si può osservare il legame di falsificazioni mnemoniche con determinate cause, con processi deliranti o anche con fatti veri. Una espressione dei vicini, una qualsiasi nuova conoscenza, possono eccitare

il malato a tessere tutta una rete di strani, falsi ricordi. Di regola si possono mettere in evidenza tali invenzioni con la conversazione e con interrogazioni suggestive. I loro discorsi portano allora l'impronta di rigiri, col quale aiuto gli infermi cercano coprire la incertezza dei loro ricordi. Molto frequentemente invece le invenzioni non si limitano a riempire semplicemente le lacune con ripieghi comuni e ordinarii, ma gli infermi si danno molta fatica a elaborare il fatto, e a completare i dettagli dei ricordi erronei con tratti nuovi e indipendenti. La tendenza a tali creazioni suole essere molto vivace nel primo periodo della malattia, e impallidisce gradualmente in seguito. Essa può condurre a falsificazioni intrecciate in modo strano dei ricordi totali della vita degli ultimi decenni. Gli infermi sanno raccontare di proprio impulso fatti miracolosi ai quali fino allora non avevano pensato, che tutto ad un tratto, per una causa qualsiasi, sono loro venuti in mente.

È singolare la esattezza di questi racconti, la ricchezza dei dettagli e la assoluta certezza che essi hanno per l'infermo. Mentre questi descrive, insorgono sempre nuove aggiunte al racconto, che a lui sembra di ricordare esattamente, che vede a sè davanti, come se fosse avvenuto ieri. Benchè a brevi intervalli cambii completamente le sue versioni, certamente senza accorgersene, l'infermo non ha mai il minimo dubbio di non rendere fedelmente la realtà. Tale osservazione è bene dimostrata dagli esami compiuti da Finzi sulla sicurezza subbiettiva dei ricordi. Questo autore ha potuto dimostrare che anche nelle persone normali, tra quei ricordi che sono considerati come completamente sicuri si riscontrano in modo variabile, secondo le caratteristiche personali, un certo numero di errori; quindi il senso della certezza subbiettiva non dà alcuna sicurezza per la effettiva esattezzadel ricordo. Invece le condizioni da cui origina tale certezza, come risulta distintamente nei nostri infermi, sono affatto indipendenti dalla concordanza tra verità e contenuto mnemonico.

Il contenuto dei racconti degli infermi lascia spesso riconoscere la tendenza ad un *colorito delirante*. Specialmente idee di persecuzione e di grandezza si mescolano e influiscono sulla falsificazione dei ricordi. L'infermo è la vittima di forze nemiche che in diverse occasioni si sono a lui opposte. Nemici sotto diversi travestimenti hanno cercato di avvicinarlo, lo hanno calunniato, hanno messo in opera contro di lui macchinazioni misteriose, hanno aizzato contro di lui parenti e superiori. A volte in simili casi sembra che abbiano una certa parte avvenimenti deliranti notturni. L'infermo crede che qualcuno sia entrato nella stanza, gli abbia rubato qualche cosa, che abbia provato

ad addormentarlo con narcotici, ma anche in tali casi non si possono escludere le falsificazioni mnemoniche. D' altra parte qua e là si sviluppano floride idee di grandezza che ricordano completamente la paralisi progressiva. L'infermo ha compiuto viaggi meravigliosi, ha ucciso animali favolosi, ha accumulato una fortuna immensa, ha ricevuto alte decorazioni, è stato distinto dal sovrano. Tutte queste idee deliranti sono sottoposte a continui mutamenti, si producono e si cambiano sotto l' influenza del momento, ciò nondimeno alcuni tratti riappaiono con una certa ostinazione durante un certo tempo, per esempio l' idea di essere perseguitato da un qualche nemico il cui nome facilmente cambia, di godere il favore speciale di alti personaggi. All'inizio della malattia sembra che si abbiano a volte anche disturbi psico-sensoriali, come voci minaccianti, apparizioni di spettri; in seguito a questi disturbi scompaiono, al massimo continuano ancora ronzii e rumori alle orecchie, visione di scintille, ecc.

Le facoltà intellettive non sogliono, a parte la perdita sostanziale mnemonica e il disturbo di fissazione, presentare alcuna manifestazione morbosa grave. Gli infermi giudicano spesso, corrispondentemente al loro grado di coltura, in modo corretto sopra cose remote, comprendono bene le obbiezioni che vengono loro rivolte, rispondono con prontezza e sanno nascondere con sufficiente abilità le lacune morbose della loro memoria. All' incontro manca loro non solo la percezione chiara della gravità del loro stato morboso anche se lo avvertono confusamente, ma sopratutto manca in loro il desiderio di ottenere spiegazioni sulla estensione del disturbo e di rettificare gli errori; ugualmente scarsa è la tendenza e la costanza per una seria occupazione. Essi scrivono lettere, eseguiscono commissioni; ma abbandonati a loro stessi vivono senza nulla desiderare e senza agire. Un mio infermo che non era affatto demente, dormì durante alcuni mesi circa metà del giorno, non si riusciva a farlo alzare dal letto e dichiarava con la maggiore tranquillità che avrebbe avuto piacere che la sua vita successiva si fosse svolta in tal modo.

Il *tono sentimentale* dell' infermo è dapprincipio prevalentemente ansioso, in seguito abbastanza indifferente, apatico, a volte diffidente o irritabile, in altri casi più uniformemente gaio, anche a colorito chiaramente umoristico. Di regola la disposizione emotiva è facilmente influenzabile e a tratti cambia in un intenerimento superficiale piagnucoloso. Nelle loro *azioni* e nel loro *contegno* gli infermi, dopo i primi momenti tempestosi, sono completamente ordinati e non mostrano stravaganze. Essi si occupano molto poco di ciò che li cir-

conda, rimangono tranquilli, però trascurano facilmente le cure personali. A causa dei loro falsi ricordi omettono a volte di compiere funzioni o lavori abituali, perchè credono di averlo già fatto, o altre ne ripetono perchè hanno dimenticato di averle compiute. Così avviene che ripetano al medico sempre gli stessi racconti e desiderii, che scrivano molte lettere uniformi e siano grandemente sorpresi della risposta, perchè non ricordano più di avere già fatto altre volte la domanda. Un infermo un bel giorno rimase a letto, perchè credette che il medico glielo avesse ordinato; cessò tutto ad un tratto di scrivere a sua moglie perchè aveva l'idea di aver sottoscritto la domanda di divorzio. Del resto le azioni non vengono molto influenzate dalle idee deliranti; Un infermo che credeva di dover essere strangolato o in altro modo minacciato nella vita dagli infermieri, stava con questi come prima senza alcun accenno di avversione o di irritazione.

Le manifestazioni *somatiche* concomitanti della psicosi di Korssakow sono ordinariamente quella della *neurite alcoolica* che però come fu già detto possono mancare. Già nell'anamnesi ci viene riferito come gli infermi abbiano sofferto di debolezza alle gambe e di incertezza nell'andatura, di dolori, di atrofia muscolare. La intensità con cui si manifestano le alterazioni neuritiche è molto diversa. In certi casi si osservano paraplegie con gravi atrofie di estesi gruppi muscolari; per lo più però la malattia si limita a lievi fatti paralitici, flaccidità e ipotrofia di alcuni gruppi muscolari specialmente alle gambe, segno di Romberg, sensibilità alla pressione sui tronchi nervosi e sui muscoli, anestesie, parestesie o iperestesie più o meno estese, scomparsa o più raramente aumento dei riflessi tendinei, difficoltà nella deambulazione, leggera o grave atassia, disturbi della vescica. L'acceleramento del polso e la dispnea a volte osservati, possono forse riportarsi ad una partecipazione del nervo vago ai disturbi. Inoltre si manifestano a volte disturbi di deglutizione, parola indistinta, paresi del facciale, specialmente però la paralisi dei muscoli oculari (abducente). Le pupille sono spesso anisocoriche, poco mobili, e in alcuni casi rigide alla luce. Si scorge tremore delle dita divaricate. Spesso si riscontrano nell'anamnesi o nel decorso della malattia manifesti attacchi epilettiformi.

Accanto a queste manifestazioni morbose riscontriamo ancora tutta una serie di altri fenomeni che in parte sono da riportarsi all'alcoolismo cronico. A questi appartengono il deperimento generale della nutrizione, il vomito, la mancanza di appetito, il sonno inquieto, disturbato da sussulti. Spesso si riscontra aumento o diminuzione di volume del fegato, ittero, ascite, edema, nefrite.

Al primo sviluppo tumultuoso della forma morbosa segue di regola un periodo a decorso più lento, ma in alcuni casi può sopravvenire la morte per paralisi cardiaca e respiratoria e col sopraggiungere di uno stato soporoso. Non raramente si vede che una tubercolosi a rapido sviluppo pone fine alla vita. In generale però dopo alcuni mesi suole avvenire un graduale miglioramento; ritorno all'orientamento, diminuzione della smemoratezza, scomparsa delle manifestazioni neuritiche. In un piccolo numero di casi tale miglioramento progredisce siffattamente nel corso di 5–9 mesi che l'infermo può ritornare alla sua vita abituale, ma di regola sembra che rimanga una grande stancabilità, incertezza mnemonica, insensibilità emotiva, irritabilità, debolezza volitiva, mancanza di energia. Il ritorno all'abuso di alcoolici suole avere come conseguenza in un tempo molto breve un rapido, considerevole progresso delle manifestazioni morbose. D'ordinario già il primo attacco pronunciato porta ad una debolezza mentale durevole, inguaribile, che lascia riconoscere la sua origine dal perdurare dei falsi ricordi.

L'*anatomia patologica* della malattia ci ha dimostrato fino ad ora solo che abbiamo a fare con alterazioni diffuse del sistema nervoso che presentano i segni comuni delle lesioni acute; le fibre nervose mostrano in diversa estensione segni di spezzettamento, specialmente quando la malattia è durata lungo tempo, sopratutto accentuati in vicinanze delle circonvoluzioni centrali. Anche nel midollo spinale si trova estesa atrofia delle fibre nervose, specialmente nel fascio di Goll; secondo le osservazioni di Heilbronner la distribuzione di essa corrisponde presso a poco alla estensione della malattia neuritica. Di grande importanza sono le emorragie che sovente si riscontrano e che si presentano verosimilmente nel primo periodo della malattia, e vengono da Bonhöffer riferite non tanto ad alterazioni vascolari che non sono molto accentuate, quanto a trombosi da un veleno circolante col sangue. Si riscontrano di preferenza nella sostanza grigia periependimale e sono da considerarsi di regola come causa delle paralisi dei muscoli oculari. Elscholz e specialmente Bonhoffer hanno affermato che la polioencefalite acuta emorragica superiore descritta da Wernicke va spesso unita alla psicosidi Korssakow ed è da considerarsi per lo meno come manifestazione che si trova in intima parentela con l'intossicamento alcoolico. Fatta astrazione da questo reperto che appartiene all'alcoolismo grave, il quadro anatomico della psicosi di Korssakow non può essere considerato come caratteristico; però si può dire per lo meno che abbiamo da fare con una alterazione che ha tendenza a distrug-

gere il tessuto nervoso in grande estensione. L'azione si estende fino ai nervi periferici, anche più di ciò che succede per l'intossicamento paralitico, ma sembra che abbia una azione meno profonda sulla corteccia cerebrale, perchè non produce fatti atrofici di questa come avviene nella paralisi progressiva.

Sono state già spesso indicate le strette relazioni della psicosi di KORSSAKOW con l'alcoolismo. JOLLY l'ha considerata addirittura come una forma più grave del *delirium tremens;* BONHÖFFER la descrive sotto il nome di *delirio cronico.* La frequenza con la quale questa malattia si sviluppa nei deliranti viene da BONHÖFFER stimata del 3 %, ma dopo che il delirio si è ripetuto più volte giunge fino all'11 %. Le donne sembra che vengano in proporzione più spesso colpite che gli uomini. Tali osservazioni sarebbero a sostegno dell'ipotesi che ammette che la malattia di KORSSAKOW sia solo un aggravamento di quel processo morboso che produce il *delirium tremens.*

Perciò, per ragioni cliniche generali, bisogna separare la descritta forma morbosa sviluppatasi in massima sul terreno dell'alcoolismo, da tutti i quadri morbosi di altra origine, anche quando questi sembrano offrire gli stessi sintomi. Già il fatto che talvolta nei paralitici si sviluppano quadri morbosi molto somiglianti, ci dovrebbe mettere in guardia dall'attribuire eccessiva importanza al significato clinico del disturbo della fissazione e della falsificazione dei ricordi. Noi dobbiamo, finchè non si prova il contrario, insistere nella massima che processi patologici, dovuti a cause certamente diverse, non possono essere identici, anche quando per un certo tempo non siamo capaci di distinguere nettamente i complessi sintomatici.

Innanzi tutto la maniera di insorgere e il decorso ulteriore ci offriranno distinte differenze. Così gli stati di confusione con eccitamento all'inizio di quegli stati di debolezza infettiva che somigliano alla psicosi di KORSSAKOW, non sono affatto uguali al *delirium tremens.* La depressione e la confusione sono maggiormente accentuati, mentre i disturbi psico-sensoriali stanno in seconda linea; manca il tremore e la irrequietezza caratteristica; il tono sentimentale non ha affatto il colorito dell'alcoolismo. La prognosi sembra sia molto più favorevole che nelle forme alcooliche. Io del resto non metto in dubbio che con una analisi esatta dei singoli disturbi, anche i complessi sintomatici delle forme infettive e alcooliche lasceranno, malgrado le simiglianze, riconoscere ancora alcune differenze utilizzabili clinicamente.

Questo può dirsi certamente per la diagnosi differenziale tra la psicosi di KORSSAKOW e la paralisi progressiva, e anche in questo caso

si dovrà anzitutto dare importanza all'anamnesi; nella paralisi, *lues*, nella psicosi di Korssakow, alcoolismo; nella prima sviluppo per lo più lento con i noti podromi, nella seconda insorgenza rapida dei fenomeni deliranti. Nel periodo di stato i disturbi neuritici accennati, le paralisi oculari, il tremore caratteristico parlano più per la psicosi di Korssakow, mentre accenni di afasia, disartria, grave paragrafia, manifestazioni di paralisi cerebrale indicano verosimilmente che si tratta di paralisi progressiva. Nel campo psichico deve considerarsi la disposizione del tono sentimentale ottuso o umoristico degli alcoolisti di fronte alla stupida beatitudine dei paralitici, ma specialmente la debolezza di giudizio di questi ultimi, di fronte ai puri disturbi di memoria e di fissazione dei primi. Inoltre nella paralisi la debolezza di memoria non è limitata nel tempo, ma sono perdute in parte anche le idee acquistate nella prima gioventù. Tuttavia si possono incontrare considerevoli difficoltà quando si voglia distinguere da una paralisi progressiva solo per il complesso sintomatico attuale, un caso di psicosi di Korssakow con esito in demenza.

Anche nelle psicosi senili noi riscontriamo un quadro morboso con gravissimi disturbi di fissazione, perdita dell'orientamento e falsi ricordi. Facendo astrazione che si tratta in tali casi sempre di infermi di età avanzata, mentre la psicosi di Korssakow si sviluppa per lo più tra i 40 e i 50 anni; che manca l'alcoolismo nell'anamnesi e specialmente la neurite alcoolica; la vivacità degli infermi è molto maggiore; essi sono comunicativi, spesso ciarlieri, si occupano di quelli che si trovano intorno a loro, a volte in guisa molto scortese; mostrano un tono sentimentale infantilmente allegro, e una certa affaccendata irrequietezza, specialmente di notte. Inoltre lo sviluppo, il decorso, l'esito della malattia è essenzialmente diverso da quello della psicosi di Korssakow. Difficoltà nella diagnosi differenziale possono al massimo aversi in quei casi nei quali si sono messi in evidenza forti abusi di alcool con le loro conseguenze.

Il *trattamento* della psicosi di Korssakow consiste essenzialmente nella sottrazione durevole dell'alcool, che però a causa della debolezza volitiva dei malati potrà compiersi generalmente solo con una permanente cura in un Asilo o in condizioni di famiglia favorevoli. Nei primi stadii della malattia si raccomanda lo stesso procedimento che nel *delirium tremens*, in seguito si può cercare di aiutare la riparazione dei disturbi neuritici con la ginnastica, il massaggio, la faradizzazione dei muscoli. Anche un certo miglioramento del disturbo di fissazione e la conservazione dei residui mnemonici si possono ottenere forse con sistematici esercizii.

Un'altra forma caratteristica della pazzia alcoolica è data dal *delirio allucinatorio degli alcoolisti* (1) (allucinosi acuta degli alcoolisti di Wernicke). Si tratta dello sviluppo rapido di un *delirio sistematizzato di persecuzione,* fondato principalmente sopra allucinazioni uditive, insieme a completa lucidità della coscienza. L'inizio della malattia è di regola repentino, più raramente precede un breve stadio prodromico con depressione immotivata, irritabilità, difficoltà nel pensare, cefalea, insonnia. Le prime allucinazioni si hanno verso sera o di notte. L'infermo è assalito da forte ansia, sente caldo; gronda di sudore, e allora comincia a sentire diversi indecisi rumori, mormorii, ronzii, suoni di campane, spari, quindi alcune parole isolate, oppure interi discorsi che riguardano la sua persona; dalla strada, dal corridoio, dalla camera vicina si sentono le voci, a volte bisbigliunti, a volte distintamente chiare. In alcuni casi le voci sono intese con un solo orecchio. Per lo più le voci sono di gente nota, o vengono per lo meno attribuite a persone determinate; guardie di questura, giudici istruttori, socialisti.

Il contenuto di queste allucinazioni è in genesale poco piacevole. L'infermo ode rimproveri e minaccie; si sente dire farabutto, disutile, ingiuriatore del sovrano e della corte, sacrilego, sonte una voce che lo accusa di aver rubato un orologio d'oro, strappato importanti documenti; che è stata messa una taglia sopra il suo capo; che sarà bastonato, lapidato, linciato, fucilato, sgozzato come un maiale. Molto più raramente il malato si sente dire che un superiore si è espresso favorevolmente intorno a lui, che egli è stato proposto per una promozione, ecc. Spesso le voci si riferiscono ai fatti del passato, le voci sotto forma di canzoni burlesche o di versetti popolari tartassano tutta la vita passata dell'infermo, o accompagnano le azioni e i movimenti dell'infermo con osservazioni ironiche e deridono il suo modo di vestire, la sua ansia, narrano come la moglie sia stata violentata, sia morta, come sia stato tagliato il collo ai bambini. A volte le voci seguono i pensieri degli infermi, li pronunciano a voce alta, fanno obbiezioni, li canzonano. Dapprincipio sono ordinariamente solo alcune isolate osservazioni che vengono « telefonate » spesso in cadenza ritmica, sicchè si possono seguire i legami di esse con rumori vascolari, con il tic-tac dell'orologio, con gocce cadenti; anche altre impressioni, il

(1) Ilberg, *Festschrift zum fünfzigjährigen Bestehen des Stadtkrankenhauses* Dresden 1899.

fischiare, il rumoreggiare di carrozze sono lo stimolo per l'insorgere delle voci. Più tardi si hanno discorsi lunghi, intimi, consulti per trovare il modo più opportuno per attaccare l'infermo, discorsi contradditorii tra persecutori e difensori, dibattimenti completi dinanzi al tribunale. Un infermo sentiva che nella camera vicina il procuratore generale leggeva il suo atto d'accusa, dicendo che egli era 9 volte assassino ed era condannato a morte. Un altro infermo in un albergo udì discutere il padrone con la moglie e la figlia se si doveva fucilare o no; nello stesso tempo sentiva la voce di alcuni parenti che chiedevano di entrare e nella strada si sentiva gridare da qualcuno: « Ma questo è un bordello ». In questi casi tutto ciò che avviene ha un'apparenza così naturale che l'infermo non dubita neppure un momento della realtà di ciò che accade. Quasi sempre le voci non si rivolgono direttamente a lui, invece egli è per così dire un ascoltatore involontario; più raramente vengono rivolte direttamente a lui ingiurie o vengono impartiti comandi.

Oltre alle allucinazioni acustiche, in alcuni casi esistono transitoriamente anche allucinazioni visive; si presentano specialmente di notte e hanno per lo più un contenuto molto indeciso. L'infermo vede tutto bleu avanti a sè, scintille avanti agli occhi, fuoco, macchie sul muro, forme minacciose e ombre che si dirigono verso di lui e che lo toccano. Nell'aria ronzano mosche, sul letto camminano insetti, grossi cani corrono per la camera, gli oggetti sembrano doppii. L'infermo ha l'impressione come se gli si conficcassero un coltello nella schiena, come lo si inzaccherasse di fango, come se delle palle rimbalzassero sul suo corpo. I cibi hanno un sapore caratteristico e un'azione eccitante.

In relazione con le allucinazioni si sviluppano nei malati accentuate *idee deliranti*. L'infermo acquista la convinzione di essere oggetto dell'attenzione generale, che tutto il mondo parli di lui, lo osservi, lo minacci. Si ricorda ora di un qualche fatto spiacevole, di una parola o di una azione fatta o detta senza pensare, la quale può avergli procurato l'inimicizia di questa o di quella persona. Certo tutte le azioni della sua vita sono state spiate, sono state mandate appresso a lui guardie in borghese, sono stati trovati i mezzi adatti per sorvegliarlo più strettamente, per osservare ogni suo movimento, anzi ogni suo pensiero. Debbono esistere speciali apparecchi che rendono possibile ciò, buchi secreti per osservazione, pareti cave, apparecchi elettrici di segnalazione, telefoni, specchi e altro. I nemici stanno fuori in agguato, si riuniscono in un casa vicina, sparano attraverso la finestra; il patibolo si sta costruendo. I conduttori del treno

sul quale parte ad ogni stazione attirano su lui l' attenzione della gente; appena scende fischiano. Per questo l'infermo diviene diffidente verso tutti quelli che negano anche solamente le sue idee, e che l'infermo crede, perchè ne sente le voci, che lavorino anche essi dietro le sue spalle. Talora anche impressioni reali sono interpretate nel senso di idee di persecuzione. Un qualunque compagno di viaggio ha cattive intenzioni verso di lui: sicchè l'infermo lascia il treno alla prima fermata e continua il viaggio in direzione opposta; un uomo che al tavolo vicino si spunta il sigaro con un grosso coltello gli sembra estremamente sospetto. Nei giornali si trovano allusioni ostili; la semplice notizia che la carne non è sufficiente, significa per il malato evidentemente che lo si vuole macellare.

Per lo più queste idee deliranti rimangono sempre nel campo del possibile e appaiono quali spiegazione per le allucinazioni uditive che sono le più appariscenti nel quadro morboso. A volte però queste ultime, come le idee deliranti, acquistano un contenuto completamente stravagante e ricordano gli avvenimenti del *delirium tremens*. L'infermo è condotto a morte, già sta sotto la ghigliottina finchè ad un tratto gli viene fatta la grazia, i medici si consigliano tra loro per vedere come possano infettarlo di male venereo e vendere più a caro prezzo il suo cadavere. In tali casi si manifestano anche idee di grandezza. Uno dei miei infermi ricevette come una distinzione dall' imperatore il permesso di potersi chiamare oltre che con il suo cognome « Schindler » anche « Schuindje », fu nominato ad Abraham a Santa Clara con nn milione di stipendio l'anno, aveva ricevuto miliardi, e doveva essere adottato dalla regina d' Inghilterra; un altro infermo aveva sentito che la Camera dei Deputati aveva messo in serbo per lui 5 milioni e cercava far valere i suoi diritti alla banca.

La *coscienza* è di regola soltanto offuscata. Esiste ordinariamente un leggero arresto e smarrimento, che si manifesta solo ad una attenta osservazione. Però all'inizio della malattia e specialmente nella notte possono aversi transitoriamente leggeri stati deliranti. D'ordinario l'infermo è cosciente, orientato nel suo ambiente, pensa in tutto logicamente e sa dare giudizii coerenti sopra le sue manifestazioni morbose. Frequentemente il malato vede incerti e indistinti, nel loro ordine cronologico, i fatti deliranti. Non esiste una chiara percezione di malattia, per lo più l'infermo considera il suo preteso disturbo mentale come un tiro maligno dei suoi persecutori che vogliono farlo passare persino per « pazzo ». Malgrado ciò a volte egli ha un chiaro senso del mutamento avvenuto in lui; perciò cerca da sè stesso di entrare in

un ospedale e alla imperiosa domanda rivoltagli per sapere da quanto tempo è infermo, dà da principio una giusta risposta, anche se prima aveva dichiarato di essere completamente sano. Altri infermi parlano addirittura della loro « temporanea pazzia », della loro « debolezza nervosa », del loro « supposto delirio di persecuzione », senza però rettificare affatto le singole manifestazione morbose. Uno dei miei infermi si consolava contro le minacce di morte osservando che non si poteva giustiziare un individuo malato di mente.

Il *tono sentimentale* degli infermi lascia riconoscere per lo più quel caratteristico insieme di ansia e di umorismo, che abbiamo già riscontrato nel *delirium tremens*. Gli infermi raccontano i loro spaventosi avvenimenti con strana tranquillità, a volte ridono essi stessi perchè viene prestata loro attenzione, perchè sono creduti assassini. Specialmente nei primi tempi prevale regolarmento l'ansia, che in tali casi conduce molto spesso a serii tentativi di suicidio. Un infermo si precipitò in acqua perchè aveva udito che quattro uomini volevano mangiarlo a colazione; un altro tentò di tagliarsi le arterie con una scure. Un altro ancora, dopo un fallito tentativo di suicidio, si nascose pauroso nel camino di una sezione di questura ove rimase 3 giorni senza prendere nutrimento, e infine venne fuori da sè. Negli intervalli però gli infermi sono tranquilli, si occupano più di se che di quel che loro accade d'intorno, dànno risposte brevi e appropriate, ma spesso un po' incoerenti, non raccontano di impulso proprio. Solo quando comincia il miglioramento sei apprendono i particolari delle loro avventure deliranti.

Il contegno è in generale ordinato, sicchè gli infermi a volte si occupano ancora per settimane dei loro affari, sono anzi capaci di compiere di viaggi. Spesso però commettono, durante questi, cose stranissime, che poi si spiegano con le loro idee deliranti. Uno di questi infermi saltò per lunghe ore per la stanza, per non offrire nessun sicuro bersaglio ai suoi nemici, e nello stesso tempo con il suo temperino faceva un rumore tale da far credere che avesse un revolver. Altri si nascondono sotto i letti, costruiscono barricate avanti alla porta, si gettano lunghi distesi in terra sotto la finestra per non essere colpiti, o si procurano armi per vendere, in caso di bisogno, la loro vita, al più caro prezzo. Un infermo si rifugiò in un ospedale, pregò di venir rinchiuso in una cella, e in questa si nascose sotto il letto per poter essere sicuro. Piu raramente nella loro disperazione attaccano addirittura i loro supposti nemici.

Il *sonno* è di regola molto disturbato, l'appetito meno, però questo è talvolta diminuito a causa dei noti disturbi gastrici degli alcoolisti

o per le idee di avvelenamento. Alle mani e alla lingua si ha spesso, ma non sempre, tremore; si sono osservate anche manifestazioni neuritiche. Il *peso* del corpo suole diminuire considerevolmente.

A seconda del *decorso* si possono in generale distinguere le forme *acute* e le *subacute*, che a me sembra si riannodino senza limiti precisi l'una all'altra. Le prime hanno frequentemente una durata di pochi giorni fino a 2 o 3 settimane. Sembra che esistano anche forme abortive, come nel *delirium tremens;* per lo meno debbono interpretarsi così quei casi, nei quali agli alcoolisti insorgono ad un tratto transitoriamente singole allucinazioni uditive, stati ansiosi e idee di persecuzione: timore di venire avvelenato, assassinato dai compagni di lavoro, spiato dalle guardie. La guarigione avviene repentinamente; per lo più dopo un profondo sonno cade all'infermo come una benda dagli occhi e si accorge che è stato vittima di disturbi psico-sensoriali. Bönhoffer dice che la possibilità di un decorso rapido è tanto maggiore quanto più il quadro morboso si avvicina a quello del *delirium tremens*. Ciò dovrebbe accadere generalmente, però io ho visto molte eccezioni. Nei casi subacuti la malattia può decorrere con diverse oscillazioni, per molte settimane e anche per mesi. Le allucinazioni scompaiono graduatamente, riappaiono spesso ancora transitoriamente, anche se l'infermo aveva acquistato un completo conoscimento della malattia. Il ricordo del periodo morboso è ordinariamente chiaro e sembra che ne abbracci tutti i particolari.

La *prognosi* di questa malattia deve essere considerata come favorevole; nella grande maggioranza dei casi si ha completa guarigione. Vero è che il pericolo di ricadute è grandissimo; i successivi attacchi sogliono avere più lento decorso. Io ho conosciuto un infermo che alla terza ricaduta si suicidò. In certi casi si sviluppano infine stati permanenti di debolezza psichica con disturbi psico-sensoriali e delirii.

Il delirio alcoolico non è una malattia molto frequente; tra gli alcoolisti da me osservati negli ultimi anni fu riscontrato nel 12-15%; in tutti questi casi si trattava di uomini di età giovanile o di media età. La ragione per la quale in un caso si manifesta il *delirium tremens*, in un altro il delirio alcoolico non è nota. Si è voluto riportare quest'ultimo ora ad una predisposizione morbosa, ora ad accumulato abuso di alcool, ma nessuna delle spiegazioni mi sembra abbia un fondamento sufficiente. Anche l'ipotesi recentemente emessa da Bonhöffer che il delirio alcoolico si sviluppi in quegli alcoolisti nei quali le sfere percettive acustiche e rappresentative siano per una predisposizione personale specialmente eccitabili, non mi sembra sufficiente. Astraendo

dal fatto che gli infermi non si distinguono sempre per la facilità e correttezza delle espressioni verbali (e che in ogni modo tra gli infermi di *delirium tremens* si trova sempre chi fa ad essi perfettamente riscontro) mi sembra che le differenze cliniche tra le due forme morbose siano tali e tante da non poterle riportare solo ad una diversa partecipazione di regioni corticali diverse. Se pure si volesse ammettere con Bönhoffer che le lesioni dei centri acustici corticali scompaiono in generale più lentamente, rimarrebbe però sempre incomprensibile la ragione per la quale nel *delirium tremens* si manifestano i gravi disturbi di fissazione, il disorientamento, la irrequietezza motoria, il tremore, le alterazioni dell'urina, ecc., che non si hanno nel delirio alcoolico. Solo per tutta una successiva serie di ipotesi, difficili a mettersi in accordo con le osservazioni cliniche, si potrebbe seguire questa interpretazione. Attualmente io credo sia conveniente rimanere nell'idea che si tratti di processi morbosi che sono in parentela fra loro, e sono prodotti dallo stesso veleno, ma che però sono essenzialmente diversi.

Tuttavia bisogna confessare che la *delimitazione clinica precisa* tra *delirium tremens* e delirio alcoolico non è possibile. Specialmente esistono stati di *delirium tremens* nei quali l'orientamento è fortemente disturbato solo transitoriamente, in cui le allucinazioni uditive sono molto accentuate, ed esiste una certa relazione delirante tra i singoli fatti morbosi, mentre d'altra parte in casi di delirio alcoolico la percezione difficoltata, il disturbo di fissazione, l'insorgere di allucinazioni visive e uditive, la suggestibilità, la irrequietezza, il tremore portano l'impronta del *delirium tremens*. Finchè in tali casi abbiamo a fare semplicemente con delirii non completamente sviluppati, potrebbe forse pensarsi ad una concomitanza del *delirium tremens* con il delirio alcoolico, tanto più che anche in epilettici, paralitici, ebefrenici, maniaci riscontriamo spesso un colorito di delirio alcoolico nel rispettivo stato morboso. Non mi sembra certo che in quella forma che Bonhöffer ha chiamato « delirio sistematizzantesi » (*sistematisirunden*) si tratti appunto di una speciale forma di passaggio tra *delirium tremens* e delirio alcoolico. Del resto, di regola la conservazione dell'orientamento e della coscienza, la mancanza della agitazione e dei sintomi somatici accentuati, il predominio delle allucinazioni uditive, la elaborazione delirante delle percezioni, e, in alcuni casi, anche il lento decorso, rendono facile la distinzione del delirio alcoolico dal *delirium tremens*.

Meno facile è la diagnosi differenziale con certi quadri nosologici della *dementia praecox*. Lo sviluppo di questa è molto più graduale,

sicchè la successione il modo di precedersi di molti sintomi già per sè permette di fare la diagnosi. Inoltre fin dal principio si ha accentuata ottusità e confusione, scomparsa della volontà di occuparsi e dell'energia, contegno negativistico, eccentrico, confusione verbale, fissazione dello sguardo nel vuoto, riso improvviso, segni catatonici di ogni genere. Le allucinazioni annotate sono direttamente rivolte al malato stesso, mentre l'alcoolista le suole percepire quale involontario uditore; i delirii riguardano per lo più la coscienza personale somatica e psichica, che nel delirio alcoolico non resta colpita. Infine lo stato emotivo è molto superficiale, manca così l'ansia disperata, interna, come l'umore gaio dell'alcoolista che spesso si manifesta. Punti di vista completamente simili servono per differenziare quegli stati allucinatori che si manifestano a volte nella *paralisi progressiva*, e sembra pure nella tabe. Accanto ai dati anamnestici dovranno essere considerati specialmente i sintomi somatici, la debolezza della memoria e della critica che si riscontra nei paralitici, la caratteristica circoscrizione delle idee deliranti e dei disturbi psico-sensoriali nel delirio alcoolico. In alcuni quadri della *psicosi maniaco-depressiva* che possono decorrere in forme molto analoghi, si dovrà dar peso oltre che all'anamnesi e ai fatti già indicati, specialmente all'insorgere di idee di peccato, che mancano nel delirio alcoolico. In tali casi l'infermo viene incolpato di delitti che egli vivamente nega, in altri casi egli stesso porta entro di sè la coscienza della colpa.

Il *trattamento* del delirio alcoolico consiste nell' allontanamento permanente e completo delle bevande spiritose. L'attacco, per il grande pericolo del suicidio, richiede urgentemente una accurata sorveglianza in un Manicomio; forse l' uso dei bagni o di un ipnotico può accelerare l'insorgere della guarigione.

Mentre noi antecedentemente concepivamo insieme a Bonhoffer la psicosi di Korssakow quale un delirio cronico, dobbiamo ora prendere in considerazione alcuni altri disturbi psichici alcoolici, il cui complesso sintomatico corrisponde clinicamente ad un delirio allucinatorio divenuto inguaribile. Queste forme che noi per ora vogliamo riunire sotto il nome di *demenza allucinatoria degli alcoolisti* (paranoia alcoolica) (1) costituiscono in realtà spesso l'esito di un delirio alcoolico con una frequenza almeno uguale a quella del *delirium tremens*. Non

(1) Luther, *Allgem. Zeitschr fur Psychiatrie LIX*, 20. 1902.

è stato ancora osservato se nell'ultimo caso si tratti con frequenza di un delirio sistematizzato. A volte gli stati deliranti sono solo accennati; in altri casi hanno preceduto ripetuti delirii accentuati. Lo sviluppo della malattia è sempre rapido, o direttamente in forma di delirio alcoolico o indirettamente dopo il decorso del *delirium tremens*. Gli infermi ritornano ad essere lucidi nel loro ambiente, coscienti, tranquilli, rettificano anche in parte le loro idee deliranti, non rimangono però al tutto intesi, ma ancora riservati e sfiduciati. Appare subito il fatto che benchè le violente allucinazioni visive siano scomparse, continuano a permanere tutta una serie di altri disturbi psico-sensoriali, sopra tutto quelli nel campo dell'udito. Gli infermi sentono voci che ingiuriano e minacciano, osservano che la gente ascolta i loro pensieri, che se ne occupa, li influenza, li violenta. Essi si sentono ipnotizzati, elettrizzati, cloroformizzati, viene loro impedito artificialmente di dormire, credono che si aliti loro sul volto, che vengano sporcati di moccio, che si cambino loro i vestiti, che si tiri loro la lingua, che con il magnete si producano cattivi odori. Nei giornali si scrive di loro, il prete dal pulpito fa allusioni ad essi. Un infermo persistè per molti anni nell'idea che si volesse vendere il suo cadavere per fare esercizii anatomici, e pregava seriamente di non assalirlo improvvisamente, ma di addormentarlo dolcemente. Un altro credeva, verosimilmente in rapporto con disturbi psico-sensoriali, che si tormentassero e tagliassero a pezzi in cantina i suoi parenti, e quindi chiedeva violentemente la loro liberazione.

Molto spesso le idee deliranti hanno un contenuto sessuale. Agli infermi vengono toccati i genitali, viene loro succhiato lo sperma durante la notte; la moglie cerca di abortire. Un infermo vedeva nella finestra che lo rifletteva un ragazzo tutto nudo, presso il quale veniva il sindaco vestito da donna con una veletta azzurra; egli denunciò tale fatto per offesa al buon costume. Di regola non si ha un successivo sviluppo di tali idee; esse rimangono invece a lungo uniformi, vengono sempre ripetute con le stesse frasi. In alcuni casi però acquistano un contenuto del tutto stravagante, continuamente mutabile. Tutto l'ambiente è popolato di streghe e di spiriti che assumono diverse forme, ingiuriano, minacciano, producono una pressione di 95 atmosfere; tutto è iperipnotizzato o intossicato; il diavolo e l'angelo Gabriele appaiono e lottano insieme. A queste possono andare unite anche idee di grandezza, che a volte vengono espresse solo in modo scherzoso e si mantengono in limiti modesti, a volte prendono strane forme. L'infermo è barone, possiede diverse case di campagna, deve ricevere una fi-

danzata, ha da esigere danaro che fu messo per lui in serbo; è Bonaparte, Cristo, un profeta. Il giudizio sull'ambiente è di regola, a parte le forme più gravi, sufficientemente giusto, gli infermi conservano anche una certa vivacità, rimangono in relazione con i loro compagni, seguono gli avvenimenti giornalieri, mostrano tendenza ad occuparsi, sono accessibili e apparentemente normali finchè le loro idee di persecuzione non vengono a galla. La memoria e la facoltà di fissazione non sogliono dimostrare alcun disturbo grave. Tuttavia non si può disconoscere l'esistenza di un certo grado di debolezza mentale e di ottundimento psichico.

Il tono sentimentale è al principio prevalentemente ansioso o irritabile. Gli infermi tentano perciò spesso il suicidio o assalgono i loro presunti persecutori. In seguito si manifesta per lo più un tono sentimentale umoristico, che si esprime con tendenza a motti di spirito e ad osservazioni scherzose, e rende docili e facilmente trattabili gli infermi che dapprincipio erano eccitabili e sfiduciati. Dei disturbi somatici si riscontrano, oltre al tremore alcoolico, spesso fatti neuritici leggieri o gravi.

Il decorso di questa infermità è progressivo per tutto il tempo che viene ingerito l'alcool. Con una assoluta astinenza i disturbi psicosensoriali e le idee deliranti svaniscono in parte lentamente. In alcuni casi possono anche completamente scomparire, lasciando solo una debolezza psichica. Per lo più però tali fenomeni persistono, sebbene più lievi per molti anni. Degne di osservazione sono le oscillazioni caratteristiche dello stato morboso che si manifestano con grande frequenza. A volte gli infermi stessi possono sembrare sufficientemente orientati, confessano di essere infermi, non sanno perchè abbiano quelle stupide idee, talora sono anche in buoni rapporti con i loro supposti persecutori. Però non si può parlare di un vero riconoscimento della malattia. In altri periodi gli infermi si irritano senza una causa apprezzabile, ripetono gli antichi lamenti, sono allucinati, minacciosi, anche violenti, ma è facile tranquillizzarli con buone parole.

La debolezza mentale allucinatoria degli alcoolisti somiglia molto a certi stati di *dementia praecox*. A parte l'anamnesi, si può differenziare da questa, per quanto ci insegna fino ad ora l'esperienza clinica, solo dal fatto che gli infermi conservano una maggiore vivacità intellettuale ed emotiva, rimangono naturali e trattabili nel contegno, dimostrano il caratteristico tono sentimentale degli alcoolisti e non presentano i diversi strani disturbi volitivi dei catatonici; inoltre le manifestazioni morbose, mercè una permanente sottrazione di alcool, non

progrediscono, anzi vanno scomparendo. Vero è che esistono alcuni casi nei quali insieme con gravi fenomeni alcoolici osserviamo anche quadri morbosi catatonici accentuati. Attualmente io ritengo sia giustificato supporre in tali casi una associazione delle due malattie, perchè proprio in immediata connessione col *delirium tremens* vediamo svilupparsi quadri che nei punti suddetti non si distinguono nettamente dagli stati catatonici, sicchè successivamente dalle sole manifestazioni cliniche può venire fatta una probabile diagnosi di origine alcoolica.

Uno sguardo retrospettivo alle forme già descritte di disturbi psichici da alcool sembra dimostrare che sotto l'influenza tossica di tale sostanza possono svilupparsi due diverse serie di manifestazioni cliniche; da una parte il disturbo delirante della facoltà di fissazione e della percezione, dall'altra i disturbi psico-sensoriali e le idee deliranti. Il primo gruppo di disturbi si ritrova già sotto l'azione acuta dell'alcool e nel semplice alcoolismo cronico costante. Si potrebbe quindi pensare che nel primo caso abbiamo a che fare essenzialmente con veri effetti dell'alcool, nel secondo invece con indirette conseguenze del veleno. In tal modo si potrebbe comprendere come ambedue i gruppi di fenomeni si associno in determinati quadri morbosi clinici, potendo d'altra parte acquistare ciascuno un certo sviluppo speciale. Naturalmente è anche possibile che i gravi disturbi di fissazione non siano dovuti direttamente all'alcool, ma solo a fatti intermedii. In ogni modo però è da notare come le due serie di manifestazioni, se pure possono venire riportate alla medesima causa ultima, pure possono avere uno sviluppo completamente indipendente.

Dalla forma di debolezza mentale dei bevitori si deve separare un'altra forma di manifestazione dell'alcoolismo cronico, la quale è asserita va unita a idee deliranti ed è chiamata *delirio di gelosia degli alcoolisti*.

Questo disturbo si sviluppa direttamente dalle basi, che già antecedentemente abbiamo riscontrate nella semplice debolezza mentale degli alcoolisti. Le discordie coniugali che originano necessariamente dall'alcoolismo e quindi l'allontanamento dei coniugi, l'avversione della donna e forse anche l'impotenza che sopravviene gradualmente insieme ad eccitazione sessuale aumentata, inducono l' alcoolista, che già ha tendenza a ricercare nell'ambiente circostante la colpa delle disgrazie provocate da lui, a supporre a poco a poco che un affetto colpevole della moglie per altri uomini sia la vera ragione del cambiamento di ella verso di lui. La giustificazione di questa gelosia suol essere molto caratteristica. Un vicino che si immischia in una lite co-

niugale, uno sguardo gentile, un'allusione nascosta che il malato afferra, una lettera apparentemente misteriosa che gli cada tra mani, la sospetta somiglianza di un figlio con il supposto rivale, una coppia che passi rapidamente al buio e che l'infermo crede riconoscere, tutto ciò non lascia più alcun dubbio che la moglie sia adultera. La gente mormora, la moglie diviene rossa quando si avvicinano certi individui, viene trovata in posizione sospetta con un parente, diviene pallidissima quando entra il marito; non ubbidisce più, anche prima del matrimonio era ninfomane, si fa lavande sospette, è « allargata ». L'appartamento è adatto per una casa di prostitute, perchè la porta cigola aprendosi, la porta della camera da letto viene repentinamente chiusa; vi si riscontrano macchie di colore sospetto che indicano che vi è entrato un lavorante pittore. Oppure l'infermo si accorge da tutto il contegno della moglie, dalla corda trovata sul tavolo come per invitarlo ad appiccarsi, dal dispiacere per il procedere suo rude contro il vicino, contro il commesso di cui egli sospetta, che la sua supposizione è pienamente giustificata. Un infermo rinnegò un suo bambino, perchè egli era stato fuori di casa qualche giorno nel tempo del concepimento e perchè in quell'epoca la moglie aveva chiamato, secondo lui senza necessità, un vicino per farsi aiutare nel parto di una vacca.

Bene spesso a completare tali accenni si uniscono anche disturbi psico-sensoriali: così l'infermo vede entrare di notte in camera una forma umana, una guardia in uniforme salta dalla finestra al suo ritorno, dalla camera vicina o dalla strada sente gridare contro di lui parole di scherno, si sente dire che la moglie ha dormito molto a lungo con un vecchio. Un infermo mi raccontava nei suoi dettagli come avesse traforato la parete per osservare dai buchi, e attraverso questi avesse spiato i rapporti sessuali di sua moglie col genero; un altro infermo verso il crepuscolo andò pian piano alla camera da letto della moglie e attraverso la porta aperta la vide in letto con il rivale. Durante simili false percezioni gli infermi non reagiscono, ma solo più tardi le raccontano, quindi a me pare verosimile che spesso non si tratti affatto di allucinazioni, ma di falsi ricordi.

Il delirio di regola non si sviluppa ulteriormente esorbitando dai limiti di una gelosia non giustificata, ma entro questi limiti rimane fisso e inaccessibile ad ogni miglioramento. Naturalmente da tale delirio si sviluppa una irritazione sempre crescente contro la moglie e contro il presunto rivale. Sotto l'influenza dell'alcool sogliono avvenire allora scene gravi; maltrattamenti, minaccie col coltello e con il revolver, e spesso aggressioni pericolose. Io conosco di mia esperienza due casi,

nei quali soggetti alcoolisti ciecamente gelosi e sotto l'influenza dell'alcool uccisero la moglie, e un altro ferì il sospettato vicino. Il nucleo del delirio si riscontrerà senza difficoltà in molti bevitori, ma disgraziatamente la grande pericolosità del disturbo conclamato viene facilmente ignorata, perchè l'attività intellettiva dell'infermo alla osservazione superficiale sembra quasi normale e perchè le idee deliranti non contengono quasi alcun elemento insensato, ma si muovono per lo più nel campo del possibile, anzi del probabile.

Spesso è molto difficile *escludere* ciò che vi è di vero nelle idee di gelosia confessate dagli alcoolisti. Il contegno degli alcoolisti conduce spesso ad un allontanamento serio e durevole dei coniugi, che serve appunto a facilitare l'adulterio. Come norma per il nostro giudizio dovremo riguardare sempre il modo con il quale l'alcoolista giustifica la sua gelosia. La gelosia del resto suole essere cieca come l'amore, ma la certezza con la quale l'infermo trae le sue conclusioni da insignificanti piccoli fatti, la forza convincente che crede abbiano anche per gli altri, infine la eventuale partecipazione di fatti stravagantissimi, non lasceranno alcun dubbio sull'origine delirante della gelosia. Così secondo i casi giungeremo alla conclusione che una gelosia che sembra anche giustificata da cause effettive, deve, malgrado ciò, essere considerata come morbosa a causa della sua strana motivazione. Ciò si dimostra con speciale evidenza se consideriamo quanto gli alcoolisti siano in genere indifferenti verso i veri, manifesti adulterii delle mogli, mentre il delirio conduce sempre ad esplosioni violente.

Con la sottrazione dell'alcool il delirio di gelosia degli alcoolisti perde di regola la sua potenza stimolante. In un limitato numero di casi le idee di gelosia vengono a poco a poco riconosciute francamente come idee morbose, ma con nuovo abuso di alcool ritornano molto rapidamente. In altri infermi si fanno meno vive, vengono negate, o non sono più manifestate, se pure non avviene una vera rettificazione di esse. Gli infermi non vogliono più pensare al passato, vogliono perdonare tutto, ammettono di aver commesso anch'essi molti errori. Molto interessante è la docilità e la giovialità con la quale gli infermi, dopo la sottrazione dall'alcool, trattano la moglie che prima hanno ingiuriato e minacciato del modo più brutale. Ciò è una manifestazione dalla debolezza mentale che permane anche nei casi a decorso favorevole.

Il delirio di gelosia può essere riscontrato in molte altre malattie. Assai frequente si riscontra nel periodo involutivo, ma anche nell'età giovanile lo riscontriamo a volte quale manifestazione concomitante di una *dementia praecox*. Senza la conoscenza dell'anamnesi può essere

molto difficile riconoscere nei singoli casi la forma alcoolica. A me sembra in generale che questa presenti un insieme di caratteri meno strani. Mancano i fenomeni somatici che si manifestano tanto frequentemente in altre forme; i disturbi psico-sensoriali e gli avvenimenti notturni sono molto più scarsi che non negli altri casi. A ciò si aggiunge l'impallidire delle manifestazioni morbose, e la riconciliabilità e la debolezza volitiva degli infermi mercè una astinenza forzata, contrariamente alla maggiore passionalità e brutalità degli infermi liberi.

Dobbiamo infine ricordare brevemente il quadro della *paralisi alcoolica;* una psicosi che nella grandissima maggioranza dei casi si presenta come una semplice associazione dei sintomi dell'alcoolismo cronico con quelli della paralisi progressiva. Alla debolezza mnemonica, al delirio di grandezza, all'insensibilità emotiva dell'una si associano le allucinazioni, le idee di gelosia; il disturbo della parola a carattere paralitico è accompagnato dal tremore e dalle manifestazioni neuritiche degli alcoolisti. Inoltre sembrano siano molto frequenti gli attacchi epilettici. Di regola in tali casi l'alcoolismo precedette già da molto tempo lo sviluppo della paralisi; a volte però l'insorgere di quest'ultima dà la spinta allo smodato uso di alcoolici, dal quale hanno origine i segni morbosi che appartengono all'alcoolismo.

D'altra parte sono stati descritti sotto il nome di *pseudo-paralisi alcoolica* (1) casi in cui disturbi somatici più o meno accentuati (tremore, disturbi della parola, atassia, paralisi, rigidità pupillare, attacchi, ecc.) sono uniti a debolezza di memoria, a un florido delirio di grandezza. In tali forme si tratta di gravi casi di debolezza mentale allucinatoria con manifestazioni più o meno accentuate della psicosi di Korssakow. Si distinguono dalla paralisi progressiva, oltre che per la anamnesi, per il predominio di manifestazioni polineuritiche, per i vivaci disturbi psico-sensoriali e per il successivo decorso che conduce a semplice demenza alcoolica, non alla progressiva decadenza della paralisi.

B. — *Morfinismo* (2).

Di fronte all'abuso delle bevande alcooliche la cui storia si perde nella notte dei tempi, la storia del morfinismo è molto più recente,

---

(1) Klewe, *Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, LII,* 595.

(2) Fiedler, *Deutsche Zeitschr. f. prakt. Medizin,* 1874, 27, 28; Levinstein, *Die Morphiumsucht,* 3 Auflage 1883; Erlenmeyer, *Die Morphiumsucht und ihre Behandlung,* 3 Auflage 1887: Dizard, *Étude sur le morphinisme et son traitement,* 1893; Rodet, *Morphinomanie et morphinisme.* 1897.

se non si vuol mettere in relazione con l'uso dell'oppio nei costumi della vecchia Asia. L'invenzione della siringa di Pravatz e la consecutiva facilitazione nel modo di usare la morfina ebbe per conseguenza uno straordinario aumento nell'uso di essa, che venne anche troppo presto dichiarata un mezzo sicuro e piacevole per combattere i dolori e i malesseri di ogni genere. La causa più efficace per lo sviluppo e la diffusione del morfinismo fu dovuta al fatto che il medico non conoscendo i pericoli che potevano derivarne, per sua comodità dava in mano allo stesso infermo la siringa, perchè si potesse procurare, secondo il bisogno e con la quantità a parer suo necessaria, il desiderato benessere.

Ma ben presto si comprese che in tali condizioni il rimedio anzichè esplicare un'azione benefica diveniva un terribile e quasi invincibile nemico. La maggior parte degli individui che ingeriscono usualmente piccole quantità di alcool, sono capaci, se è necessario, di privarsene con facilità per un periodo breve o lungo. Invece il potere veramente diabolico della morfina costringe colui che si è una volta abituato al suo uso a continuarlo implacabilmente, perchè ogni qual volta prova di liberarsi dalla schiavitù del rimedio, ha conseguenze talmente sgradevoli, che la forza di resistenza umana ne rimane vinta.

L'azione psichica della morfina, per quanto si conosce fino ad ora, è essenzialmente diversa da quella dell'alcool, e consiste in una facilitazione ed eccitazione delle facoltà intellettive e in una accresciuta difficoltà dei processi psico-motori. Tale azione che si è potuta confermare con esperienze sui morfinisti, fa comprendere come l'ebbrezza da morfina ci lascia sommergere in una specie di stato sognante piacevole, durante il quale quadri fantastici variopinti e mutevoli ci passano davanti, mentre nello stesso tempo le nostre membra cadono in preda ad un dolce spossamento. Comprendiamo inoltre come i morfinisti, appunto sotto l'influenza del rimedio, sentano un eccitamento al lavoro psichico che nel loro abituale stato di debolezza volitiva non riescono a eseguire. Il fatto più pericoloso dell'azione della morfina è appunto il caratteristico, tranquillo senso di piacere, che si distingue molto nettamente da quello dell'ebbrezza da alcool, perchè mancano completamente le manifestazioni di eccitamento psico-motorio, cioè il noto impulso all'azione. Come per l'alcool, del resto, anche in tal caso il quadro dell'intossicamento, specialmente il grado di euforia, nei suoi particolari dipende essenzialmente dalla predisposizione individuale. Ugualmente anche le manifestazioni somatiche concomitanti della narcosi sono molto differenti secondo le caratteristiche individuali, e na-

turalmente anche secondo la quantità della dose. Sono effetti frequenti il sapore metallico o amaro rapidamente insorgente, il gorgoglio del ventre, la miosi e il vomito. Quali conseguenze dolorose dell'intossicazione si osservano pesantezza del capo, senso di vertigine, emicrania, sudore profuso, grande spossatezza e ritenzione di urina. Negli esperimenti compiuti con intossicazione subacuta massima, Nissl trovò le cellule della corteccia dei conigli rimpicciolite e assottigliate, ma non distrutte. La sostanza colorabile era rarefatta e debolmente colorata, la sostanza non colorabile (acromatica) al contrario si vedeva benissimo per lunghi tratti.

Lo sviluppo del morfinismo ha il suo punto di partenza pratico più frequente dalla sua azione estremamente *calmante dei dolori*. Una qualsiasi infermità che produce dolori in grado più o meno elevato, quale le neuralgie, la sciatica, la tabe, un tumore dello stomaco, il reumatismo articolare, il dolore dei denti, l'insonnia, un tono sentimentale triste, ecc., dà occasione alla prima iniezione. Un alcoolista da me curato fu sottoposto alla morfina dal suo medico, suo compagno di eccessi alcoolici, per mitigare le sofferenze date dall' alcoolismo. L'effetto che il rimedio raggiunge è per lo più l'abolizione di tutte le irritazioni tormentose somatiche e psichiche, e la produzione di un tono sentimentale molto piacevole e gaio. Simile favorevole risultato è quello che induce sempre a fare di nuovo la iniezione, specialmente quando continua la malattia tormentosa. Però del tutto insensibilmente l'uso del rimedio diventa scopo a sè stesso, come una necessità della vita, anche quando la causa che ha originato la prima iniezione è del tutto scomparsa. In tal guisa come per l'alcoolista sono pronte sempre le ragioni per bere, non mancano ben presto neanche i pretesti più o meno giusti per l'iniezione di morfina. E ciò avviene tanto più ineluttabilmente, in quanto che l'uso prolungato della morfina diminuisce in modo considerevole la capacità di resistenza morale di fronte ad ogni specie di dispiaceri e dolori anche lievi. Sicchè il desiderio dell'infermo per il rimedio calmante diviene sempre più frequente e pressante. Il passo decisivo è *l'esecuzione della iniezione* da parte dello stesso infermo, con o senza la consapevolezza del medico. Da questo istante il destino dell'infermo è segnato: egli è caduto nel morfinismo.

Per lo più l' infermo cerca di rendersi indipendente dal medico. Si compra una siringa, spesso anche una bilancia con i pesi, compera con l'aiuto o meno dei suoi compagni di malattia la morfina dal droghiere, che gli invia il rimedio confezionato in modo non sospetto. La

soluzione viene preparata dall'infermo stesso, spesso a suo talento. Altri preferiscono falsificare le ricette; io posseggo esempi di tal genere. Anche un collega si serviva di falsi nomi per non venire sospettato di morfinismo. Spesso presso gli infermi si rinvengono oltre agli aghi per siringa arruginiti e spuntati, anche soluzioni torbide, quasi ammuffite, che malgrado ciò vengono iniettate perfino attraverso i vestiti; la conseguenza di ciò è la produzione frequente di ascessi. Alcuni infermi quando il procurarsi la siringa diviene troppo difficile, ricorrono all'uso interno della morfina o della tintura d'oppio, racimolando volta per volta nelle diverse farmacie sotto il pretesto di dolori di ventre la dose necessaria del preparato. In una stazione balnearia cosmopolita nelle quali si riuniscono molti morfinisti, nelle farmacie si vende il « Cognac all'oppio ».

Con l'uso continuato della morfina, succede una progressiva abitudine al rimedio, apparentemente per il fatto che crescenti quantità di veleno vengono distrutte dall' organismo (1). In seguito a questo fatto diminuiscono le sgradevoli manifestazioni concomitanti, o per lo meno sono abolite rapidamente da una nuova dose del preparato. Sicchè avviene che il morfinista spesso per lungo tempo risente solo l'azione eccitante e nell'istesso tempo calmante, che non lo rende curante di tutti i piccoli o grandi dispiaceri che hanno origine dal suo stato di salute, dalla sua professione, dalle sue condizioni sociali e private. Questa abitudine è però quella che ben presto non gli fa più provare in piena misura quella desiderata soddisfazione che a lui procurava la primitiva dose del preparato e che lo stimola quindi ad aumentarla. Sul principio il risultato è completo, ma dopo qualche tempo anche questa nuova quantità non raggiunge lo scopo, sicchè il bisogno va gradualmente crescendo di intensità, fino a che anche le dosi più forti del preparato (secondo i casi fino a 2, 3 e anche oltre i 5 gr. nelle 24 ore) ottengono il resultato ardentemente desiderato solo del tutto transitoriamente. Tutte le molestie del morfinismo, che già antecedentemente erano apparse solo occasionalmente, raggiungono gradatamente il loro acme. La memoria diviene spesso incerta; la capacità al lavoro psichico, specialmente la forza del lavoro produttivo, diminuisce, e può essere mantenuta ad un certo grado solo sotto la diretta influenza della morfina. In tal modo si ha un continuo alternarsi di ore di relativo benessere con altre di spossamento apatico e di irrequie-

(1) Faust, *Uber die Ursachen der Gewöhnung an Morphin.* 1900.

tezza nervosa, uno stato che naturalmente rende impossibile ogni regolare, sistematica attività. Il *tono sentimentale* va anche soggetto a frequenti oscillazioni; è ora abbattuto, avvilito, ipocondriaco o eccitabile, ora confidente e allegro; non di raro, specialmente di notte, si hanno transitorii, violenti stati di ansia.

In modo speciale però è il *carattere* degli infermi che viene modificato. Gli infermi perdono non solo la capacità di rinunziare decisamente ed energicamente da loro stessi alla morfina, ma adoperano ogni artificio, permesso o no, per procurarsela. A tale scopo mentiscono senza esitare e ingannano medici e parenti, aprono con chiave falsa gli armadii delle medicine, rubano denaro, distruggono somme a loro affidate, impegnano e vendono tutto quel che possono se non riescono in altro modo a procurarsi il rimedio. In speciale discordia con sè stessi provano da principio a render vana la cura della sottrazione del rimedio, anche quando vi hanno acconsentito volontariamente. È difficile che un morfinista vada all'Asilo senza essersi segretamente provvisto in un qualsiasi modo di una sufficiente quantità di morfina; su tal punto non bisogna fidarsi ciecamente di alcuna assicurazione di un morfinista, sia pure la più sacra. Anche i medici sono sopra tal punto sleali. Un collega recò con sè la morfina nascosta sotto lo strato di legno di una grande spazzola da capelli, e quando fu a lui reso impossibile l'uso della spazzola, si fu costretti a congedarlo istantaneamente in seguito ad una brutalissima scena.

Il *sonno* presenta per lo più gravissimi disturbi; al momento di addormentarsi si manifestano di quando in quando allucinazioni specialmente visive; gli infermi rimangono per molte ore desti, occupati da idee coatte, fantastiche; sicchè durante il giorno interviene tutto ad un tratto una stanchezza invincibile, che li vince in mezzo agli altri anche in conversazione, malgrado tutti gli sforzi che essi fanno. Nel campo della *sensibilità* si manifestano svariate parestesie e iperestesie, specialmente nella regione cardiaca, gastrica e vescicale. La *eccitabilità riflessa* aumenta, però non di rado il riflesso patellare è scomparso; i *movimenti* diventano malsicuri, a volte tremolanti, atassici. In alcuni casi si possono rilevare disturbi della parola, paresi dei muscoli oculari (diplopia, debolezza dell'accomodazione). La *nutrizione* generale è sempre considerevolmente compromessa; il *peso del corpo* diminuisce; la pelle diviene vizza, cascante e gialliccia; il pannicolo adiposo scompare; la dentatura si altera. La secrezione del succo gastrico si arresta; l'*appetito*, specialmente per ciò che riguarda la carne, diminuisce; si manifesta di tempo in tempo fame insaziabile, o,

per grande aridità della bocca, può aversi enorme sete; la stitichezza ordinariamente esistente si alterna con passeggera diarrea. Da parte degli organi della circolazione si osserva a volte una tormentosa palpitazione; il polso è alquanto accelerato, a volte irregolare. Il ronzio delle orecchie, la pesantezza al capo, gli accessi di vertigine e anche gli svenimenti e del pari i copiosi sudori freddi e i brividi dei morfinisti sono forse da riportare a disturbi vasomotorii; inoltre appartengono al quadro morboso qui descritto anche la *mancanza di respiro*, specialmente i disturbi asmatici. La *libidine* e la potenza sessuale diminuiscono, le mestruazioni cessano; se la donna è incinta il feto non si sviluppa. LEVINSTEIN considera infine tanto l'albumina delle urine come i caratteristici attacchi febbrili a tipo terzanario, quali occasionali segni del morfinismo, ma altri autori non hanno confermato le sue osservazioni.

La rapidità con la quale tutta la serie di questi disturbi si sviluppa e molto diversa; essa dipende naturalmente e dalla quantità di morfina usata e dalla capacità di resistenza individuale. A volte le prime manifestazioni dell'avvelenamento cronico si manifestano già dopo pochi mesi dall'uso della morfina; in altri casi possono trascorrere anche molti anni prima che si manifestino serii disturbi. L'ultima possibilità è specialmente la regola, quando l'infermo possiede sufficiente dominio su se stesso da diminuire di tempo in tempo la dose del rimedio. Il *decorso* spesso uniformemente progressivo del morfinismo lascia riconoscere in tali circostanze miglioramenti più o meno manifesti dello stato generale. La *durata* del morfinismo è in un certo senso illimitata; già presentemente si conoscono dei casi nei quali si è fatto uso della morfina ininterrottamente per 20-30 anni. Come ha dimostrato l'esperimento fatto sopra gli animali (NISSL), sembra che con l'uso prolungato della morfina avvengano mutamenti delle cellule corticali, che giungono fino alla scomparsa delle cellule stesse e sono accompagnati da un aumento della glia.

Il morfinismo è quasi esclusivamente una malattia delle classi elevate, anche per la semplice ragione che la morfina costa molto danaro. La maggiore facilità di procurarsi il rimedio fa sì che più facilmente in pericolo è il sesso maschile e sopratutte quelle persone che hanno in qualche modo relazione con la professione medica. Si può calcolare che il 75% dei morfinisti sono uomini e di questi almeno la metà medici. RODET riscontrò sopra 1000 morfinisti, 287 medici. HIRT tra 24 uomini 11 medici e 3 farmacisti. Così pure in grave pericolo sono i parenti di tali individui, specialmente le mogli. Una attività gravemente

faticosa e snervante che porta all'insonnia e che permette solo una insufficiente ricreazione facilita il morfinismo. Cira il 60°|₀ dei morfinisti ammalano quindi nell'età più vigorosa tra il 25.° e il 40.° anno. Inoltre, naturalmente, il pericolo di soggiacere all'abuso permanente della morfina è tanto maggiore quanto più gradevole si dimostra nei singoli casi la completa azione del rimedio; esistono individui nei quali la prima iniezione è in tal senso decisiva per tutta la vita.

In alcuni casi il desiderio per l' azione calmante della morfina si dimostra ad accessi con intervalli più o meno lunghi. Sembra che in ciò, come avviene anche nella dipsomania, si tratti di stati ansiosi che potrebbero essere di origine epilettica o forse anche isterica. Si è perciò parlato di « morfino-dipsomania » (1). È indubitato inoltre che un gran numero di morfinisti, come avviene in molti bevitori, anche prima della intossicazione cronica hanno presentato un grado rilevante di debolezza volitiva; tra questi si contano numerosi isterici e nervosi costituzionali. Spesso essi dimostrano fin dall'origine una tendenza appassionata all' abuso dei diversi alimenti voluttuari, alcool, tabacco, caffè e anche talvolta di altri rimedi ad essi prescritti. Un infermo di Behr aveva « la mania per il sale di Carlsbad » prima di divenire morfinista. In tal modo si spiega la futilità qualche volta assai singolare dei motivi (curiosità, seduzione), che hanno condotto all'abuso del tossico, come anche la incredibile leggerezza con la quale i morfinisti propagano ad altri la morbosa tendenza, procurando la morfina ai loro compagni di sofferenza e cercando in una specie di « *esprit de corps* » di impedire l'efficacia della lotta contro i loro compagni. Un giovine morfinista mi raccontò che in un reggimento russo nel quale egli aveva servito, quasi tutti gli ufficiali si facevano le iniezioni di morfina « per divertimento »; un medico morfinista fece usare senza alcuna ragione la morfina alla fidanzata e questa indusse la sua migliore amica a procurarsi tale godimento.

A questo punto dobbiamo muovere la *grave accusa alla professione medica,* che si deve sopratutto rendere responsabile della esistenza e della estensione spaventosa del mor. nismo. Se non esistessero medici non esisterebbe morfinismo. È la ignoranza e la leggerezza dei medici che porta ogni giorno a conoscenza degli infermi, per i più futili motivi, questo rimedio pericolosissimo, che può distruggere tanto facilmente tutto un avvenire. È accaduto a me di osservare

(1) Anthéaume et Leroy, *Revue de Psychiatrie*, 1899, Nov, 339.

come un medico, ad un infermo al quale io aveva tolto con grandissima difficoltà l'alcool e la morfina, prescrivesse senza alcuna ragione spiegabile la codeina, quindi di nuovo tranquillamente la morfina. È vero che sono specialmente i medici morfinisti quelli che divengono con strana frequenza veri focolai di infezione e che hanno in tutto la pericolosa tendenza di usare copiose dosi di medicamenti a forte azione. Io ho conosciuto uno di questi colleghi — e simili esempi disgraziatamente non sono rari — il quale nei suoi numerosi infermi soleva combattere ogni lagnanza con una iniezione di morfina, sicchè divenne, in simil-modo, per così dire il capo di tutto un comune di morfinisti. Quest'uomo era certamente un irresponsabile, ma per lo meno agiva disinteressatamente. Molto peggio è quando individui della nostra professione utilizzano sistematicamente le pene dei morfinisti per scrivere per molto danaro le ricette a quelli indispensabili! Io possedeva la ricetta di un medico che aveva prescritto ad un morfinista non meno di un grammo di morfina per volta da usare secondo il suo parere; un altro infermo venne in cura con tutta una batteria di bottiglie di soluzione di morfina, delle quali il suo medico lo aveva previdentemente provvisto.

La *prognosi* del morfinismo è in ogni caso molto grave. A volte si hanno casi di morte improvvisa. Gli infermi, specialmente dopo la cura della sottrazione, o se in una sola volta ingeriscono una dose troppo alta del preparato, oppure se sotto l'influenza dei surrogati della morfina, si sono sviluppate lesioni cardiache croniche, possono andare soggetti a improvvisi collassi. D'altra parte l'esito in grave cachessia che termina con la morte non è molto frequente nel puro morfinismo, e la sottrazione del rimedio riesce quasi sempre senza difficoltà speciale usando le necessarie precauzioni. Però è molto grande il pericolo di ricadute continuamente ripetentisi, che necessariamente conducono ad una completa distruzione della felicità della vita; soltanto un piccolissimo numero di morfinisti è capace di sfuggire al veleno durevolmente. La ragione di ciò risiede, come dimostrano le corrispondenti osservazioni nel trattamento dell'alcoolismo, specialmente nel modo di cura troppo breve e insufficiente. Noi sappiamo che nessun alcoolista diviene sano dal momento nel quale gli è stato tolto completamente l'alcool. Il morfinista però, e spesso anche il suo medico, crede scomparsa la malattia appena sono trascorsi alcuni giorni dall'ultima iniezione. Nel bevitore le manifestazioni visibili e gravi della ricaduta fanno riconoscere subito l'insuccesso della cura di breve durata, mentre il morfinista si fa segretamente per molto tempo le iniezioni prima di destare il primo sospetto. Fin tanto che gli infermi non acconsentono a sottoporsi per

lunghi anni ad una sorveglianza accurata non è possibile aiutarli durevolmente. Quindi tra le dozzine di morfinisti che io ho curato negli ultimi anni posso credere con piena sicurezza che siano guariti per sempre solamente ben pochi. In estremo pericolo sono, anche sotto questo rapporto, tutte quelle persone che hanno facilità per la loro professione ad ottenere la morfina, o quelle che da una qualsiasi sofferenza cronica accompagnata da dolori o da fastidii vengono tentate sempre di nuovo con irresistibile potenza a prendere il rimedio liberatore.

Un altro serio pericolo per il morfinista è quello di associare alla morfina altri rimedii nervini. È specialmente l'alcool (vino, champagne) che viene, con o senza il consiglio del medico, provato per mitigare i fenomeni di astinenza e che spesso getta l'infermo nelle braccia dell'alcoolismo. Analogamente si usa il cloralio idrato, l'etere, il cloroformio e recentemente, accanto a tutta una serie di altri rimedi, sopratutto la cocaina. In tal modo non riesce mai agli infermi di liberarsi di propria forza dalla morfina, o anche solamente di surrogare questa con un altro rimedio. Di regola in tal modo non si fa che aggiungere un nuovo male all'antico, male poco meno cattivo, se non peggiore.

La *diagnosi* del morfinismo, oltre alla osservazione dei fenomeni somatici dell'intossicazione (miosi, mancanza di appetito, disturbi nutritivi), alle tracce delle iniezioni spesso ben visibili (cicatrici lucenti, ovali, indurimenti callosi o ascessi atonici per lo più sulle braccia, ma anche sul ventre e sulle coscie), si appoggia specialmente sul caratteristico cambiamento degli stati che suole presentare il morfinista. La freschezza psichica e la capacità di produzione, il tono sentimentale elevato dopo l'iniezione devono cedere ben presto ad uno stato di grave stanchezza, di spossatezza, di mancanza di volontà, di depressione, sicchè ad un attento osservatore non può rimanere celato il contrasto tra questi diversi stati. Per il riconoscimento della causa speciale con una attenta osservazione si hanno ben presto punti di appoggio anamnestici e obbiettivi. Gli infermi hanno la tendenza, quando si sentono affaticati, di ritirarsi per alcuni momenti con un qualsiasi pretesto e dopo aver praticato l'iniezione ritornano straordinariamente eccitati e vivaci. Disgraziatamente la morfina si lascia riconoscere molto difficilmente nelle secrezioni dell'infermo, perchè in massima parte passa nelle feci. La completa sicurezza sulla esistenza del morfinismo si può procurare solo mediante un completo isolamento del malato. Quando ad esso vien davvero tolta qualunque possibilità di procurarsi la morfina di nascosto, allora l'insorgenza o la mancanza delle manifestazioni di astinenza possono essere il mezzo infallibile di diagnosi.

Il còmpito più grave per *combattere* il morfinismo è senza dubbio la profilassi, la quale disgraziatamente è molto difficile. La legge ha cercato in parte di risolvere tale còmpito proibendo la vendita della morfina senza una speciale prescrizione del medico pel singolo caso. Ma è un *segreto* pubblico come i morfinisti sappiano trasgredire questo ordine senza difficoltà. I complici migliori, a tal proposito, sono i medici. specialmente i medici morfinisti. Secondo le mie osservazioni acconsento quindi con piena convinzione alla proposta di Lewin (1), che vorrebbe tolto ad ogni medico morfinista il diritto alla pratica fino alla sua sicura e completa guarigione. Vero è che grandissime difficoltà si oppongono ad eseguire tale provvedimento. Ma anche in altri modi noi medici possiamo far molto per combattere l'uso della morfina. Noi dovremmo strettamente attenerci alla massima *di adoperare cioè la morfina in tutte le malattie croniche, solo quando esse siano completamente inguaribili e conducano certamente a morte.* Ma anche in tali casi, come anche nelle malattie acute, la morfina deve venire prescritta solo allora e solo fintantoche è indispensabilmente necessaria. La cura di semplici sofferenze neurasteniche e isteriche con la morfina, deve essere considerata assolutamente quale un *errore* dell'arte medica. Infine è poco coscienzioso sotto qualunque pretesto affidare l'uso della morfina al malato stesso permettendogli di farsi le iniezioni, o prendendo il rimedio sotto forma di soluzione, e sopratutto di prescrivere grandi quantità del rimedio, l'uso delle quali non può venire sorvegliato accuratamente.

La *cura* (2) del morfinismo già sviluppato consiste nella sottrazione del rimedio sotto sorveglianza medica. Di regola però i morfinisti si risolvono ad una cura di sottrazione solo quando la malattia ha durato già una lunga serie di anni e quindi tutta la condotta della vita è stata già profondamente influenzata. L'influenza demoralizzante del modo nascosto con cui il malato deve procurarsi il rimedio e farsi l'iniezione, come pure la debolezza volitiva che il rimedio stesso porta con sè, fanno sì che si ha timore di confidarsi con la famiglia o con il medico fino a che un qualsiasi caso non conduce alla scoperta. Anche allora gli infermi non si sottomettono ancora alla cura per paura delle presunte sofferenze della sottrazione, per l'incapacità a risolversi o per

(1) Lewin, *Berliner Klinische Wochenschrift,* 1891, 51.

(2) Erlenmeyer, *Behandlung des chronischen Morphinismus und Cocainismus* Penzoldt *und* Stintzing, *Handbuch der Therapie, II,* 601.3 *Aufl.* 1902.

altre ragioni insignificanti, oppure interrompono ad un tratto la cura iniziata appena cominciano i primi incomodi. Quindi vista la crescente estensione del morfinismo, GANSER vorrebbe in via legale che, come avviene per gli alcoolisti, vi fosse la possibilità di interdire e di curare anche forzatamente i morfinisti.

Poichè la sottrazione della morfina va unita a certi pericoli, la cura dovrà essere iniziata possibilmente solo quando esista un buono stato fisico; la gravidanza, le malattie acute, le gravi infermità sono da considerare come controindicazioni. Un completo e *durevole* divezzamento dalla morfina con le proprie forze, secondo l'esperienza, non avviene mai o per lo meno rarissimamente. Per questa ragione la sottrazione della morfina con la prospettiva di buona riuscita può avvenire solo quando l'infermo si mette per alcun tempo a discrezione nelle mani del medico e in condizioni che permettano con sicurezza di poter escludere completamente la morfina. Vero è che non sempre è facile, specialmente in considerazione dell'infedeltà morale dei morfinisti, procurarsi una sufficiente certezza della esclusione. La esperienza di innumerevoli frodi compiute con furberia da parte dei malati, dei parenti, degli amici, di altri malati, di infermieri, dimostra la grande necessità di diffidare sempre e instancabilmente. Un collega infermo persuase un infermiere a procurargli segretamente una soluzione di morfina regalando a lui un vestito e promettendogli di occuparlo quale cameriere.

Quindi per lo meno deve essere considerato un pericoloso autoinganno se alcuni medici credono di potere nella cura del morfinismo fare a meno di una sorveglianza sicura ed esatta e di una certa coazione. Io posseggo il rapporto di un noto medico che per il modo mite con cui esercitava la cura della sottrazione della morfina lasciava gli infermi completamente liberi, dicendo loro che essi soli erano responsabili se, senza che egli lo sapesse, si procuravano la morfina. Conseguentemente avveniva che, durante il trattamento, gli infermi a sua insaputa si facevano più iniezioni di prima.

Quindi per la cura della sottrazione si sceglierà nel modo più utile un Asilo chiuso o specialmente organizzato per tali cure; in ogni modo però si dovrà isolare l'infermo in un ambiente tale che permetta la sua ininterrotta sorveglianza e gli impedisca assolutamente di procurarsi di nascosto la morfina, poichè sino a tanto che l'infermo rimane in propria casa ciò non sarà quasi mai possibile per ragioni facili a comprendere. L'infermo deve essere innanzi tutto condotto al bagno, quindi esaminato attentamente da capo a piedi e messo in letto in un

ambiente ben riscaldato, dove possibilmente non era mai prima entrato e che non contenga nulla di sua proprietà. Degli oggetti d'uso gli si lasciano solo i più necessarii esaminandoli ogni volta, inoltre l'infermo deve essere sorvegliato in modo da non poter lasciare a nessun costo la camera senza essere accompagnato. Il riposo in letto dura fino a tanto che non siano trascorsi due giorni interi dall'ultima dose.

Quando all'infermo viene tolto l'abituale rimedio eccitante, appaiono dopo alcune ore (5-6) i cosidetti *fenomeni di astinenza,* che Marmé ha riferito agli effetti tossici della ossidimorfina. Secondo i dati di Erlenmeyer essi comparirebbero in modo pericoloso anche nei bambini nati da madri morfiniste. Questi disturbi noi li abbiamo imparati a conoscere in parte nel quadro del morfinismo, come quelle cause che costringono il malato tormentato a cercare sempre nuovamente la siringa. Ciò che allora era solamente accennato e ogni volta era abolito rapidamente dall'intossicamento rinnovantesi, nel quadro fenomenico dell'astinenza risalta con grandissima violenza. Tormentosa irrequietezza, frequenti sbadigli, sternuto, ansia, senso vivo di freddo, oppressione, parestesie in diverse regioni del corpo assalgono violentemente l'infermo e gli fanno dimenticare ben presto tutti i buoni propositi che aveva seco recato sottomettendosi alla cura. Inoltre, per lo meno nei primi tempi, esiste una completa insonnia, contro la quale per lo più gli abituali ipnotici non hanno alcun effetto. Anzi il cloralio idrato suole aumentare grandemente l'eccitazione psichica e produrre stati di confusione allucinatoria, sognante. Si osservano a volte, specialmente insieme a debolezza cardiaca, leggeri stati stuporosi deliranti che passano rapidamente.

Inoltre in alcuni casi, insieme ad un vivace aumento dell'eccitazione, si può sviluppare un quadro morboso che presenta una grande simiglianza col *delirium tremens* degli alcoolisti, tanto più che sogliono ugualmente sopravvenire l'incertezza dei movimenti e i tremori alle mani. Però tale stato dura ordinariamente solo delle ore, oppure non più di alcuni giorni; una volta sola lo vidi durare diverse settimane. In questo caso a scopo di sottrarre la morfina aveva avuto luogo antecedentemente un forte abuso di alcool. I sintomi differenziali notati recentemente da Abraham con il *delirium tremens* degli alcoolisti (tono sentimentale elevato con colorito corrispondente degli avvenimenti deliranti, minore disturbo dell'attenzione, della capacità di fissazione e dell'orientamento, un certo grado di riconoscimento della malattia), non si verificano nella maggior parte dei delirii dei morfinisti, nè sono sufficienti ad escludere i delirii alcoolici. La rarità di simili delirii anche nel più

grave morfinismo parla decisamente per il fatto che in tali casi debbono esistere anche influenze di altro genere, prima di tutto quella dell'alcool e forse anche quelle di altri rimedi che si usano con frequenza dai morfinisti. Forse il morfinismo favorisce l'insorgere di simili delirii ed è capace di dare loro un determinato colorito. Qualche volta durante il periodo di sottrazione vengono osservati stati crepuscolari isterici con disturbi psico-sensoriali e attacchi convulsivi.

Anche nel dominio del *rimanente sistema nervoso* si riconosce la violenta trasformazione che è prodotta dalla sottrazione dell'abituale rimedio eccitante. Così si manifestano movimenti e contrazioni involontarie delle gambe, accessi di asma, spasmi del diaframma, tosse convulsa, paresi della accomodazione, tenesmo, spasmi e paralisi voscicali, vomito, palpitazione di cuore, ma specialmente deliqui e pericolosi collassi con subitaneo rapido abbassamento della attività cardiaca, fatti che talvolta possono più volte ripetersi e anche possono condurre direttamente a morte. Le funzioni *secretorie*, che sotto l'influenza della morfina erano diminuite, aumentano considerevolmente, ma transitoriamente; sicchè si ha abbondante secrezione di saliva e di sudore, come pure persistenti diarree; a volte si riscontra albumina nelle urine. La gravità dei fenomeni di astinenza è molto varia, essa dipende dalla quantità della dose usata, dall'epoca cui risale l'uso della morfina, dallo stato generale degli infermi e dalla personale predisposizione. A volte i disturbi si limitano a diarrea, sudori, vivo malessere e insonnia, mentre in altri infermi si manifestano attacchi talmente gravi da minacciare la vita. Secondo le mie osservazioni non può esistere una cura di sottrazione *che non presenti qualche inconveniente*. Quando i fenomeni sono assai leggieri, o anche là dove si ha un completo benessere, si deve pensare che con sicurezza viene usata nascostamente la morfina. Una volta io mi accorsi di un simile inganno mentre il malato, un collega che io teneva in cura, dormiva quando andai a visitarlo.

Tutti i fenomeni di astinenza scompaiono o si mitigano considerevolmente con l'uso della morfina stessa. Tale fatto è quello che ha condotto a due metodi di cura principale per togliere la morfina, cioè il metodo *rapido* e il metodo *graduale*. Col primo metodo si sospendono ad un tratto le iniezioni di morfina; mentre col secondo dapprima si diminuisce lentamente la dose o si allungano i periodi intervallari fino ad abolire completamente le iniezioni. I due procedimenti hanno trovato i loro ardenti difensori. Mentre col metodo di sottrazione subitanea (LEVINSTEIN) i fenomeni di astinenza sono per lo più potentemente accentuati fino ad essere accompagnati da delirii transitorii

e specialmente dal pericolo di grave collasso, ma in compenso durano pochi giorni; nella sottrazione graduale (Burkart) questi disturbi si presentano meno violenti, ma durano molto più a lungo. E appunto tale circostanza rende naturalmente molto facile la completa esclusione di ogni quantità di morfina non richiesta, specialmente quando si permette all'infermo cosciente di muoversi un po' più liberamente, ciò che è difficile di evitare dopo una cura di 3, 4 e più settimane; però anche la possibilità di un inganno è molto facile. Per evitare da una parte questo pericolo, e per evitare dall'altra i suddescritti fenomeni che giungono a minacciere la vita, Erlenmeyer, ha scelto una via di mezzo con il suo metodo « rapido » che dura una, due settimane e che sembra più adatto per la maggioranza dei casi. Poichè ogni morfinista suol prendere una quantità di morfina molto maggiore di quella necessaria per il suo benessere (« minimo di esistenza »), la dose viene ridotta anzitutto alla metà o anche ad un terzo della quantità usuale e quindi si continua gradualmente e sistematicamente a diminuire la dose fino a che si arriva a fare a meno anche della iniezione della sera.

Il trattamento di sottrazione della morfina ha bisogno sopratutto dell'*attenzione completa e continua del medico*. Innanzi tutto il polso deve essere tenuto sempre sotto accurata sorveglianza, sicchè quando si dimostra il pericolo del collasso possa venire usato un trattamento eccitante (docce fredde, stimoli della cute con il pennello faradico e con carte senapate, iniezioni di etere, di canfora, forte caffè, alcool), nei casi più gravi non si esiterà a fare uso, per togliere le manifestazioni più gravi, di una iniezione di morfina. Contro l'irrequietezza e l'insonnia ostinata si dimostrano efficacissimi i bagni caldi della durata di parecchie ore; nel modo migliore si comincia con questi quando si manifestano segni di astinenza, perchè l'infermo sopport meglio il tempo che deve passare fino alla prossima iniezione. Tra i medicamenti calmanti possono venire usati i bromuri; anche qualche dose di paraldeide o di trional rendono buoni servigi. Gli svariati dolori e la palpitazione di cuore sono spesso mitigati dall'uso locale del freddo; contro il tenesmo e la diarrea sono giovevoli lavande tiepide e suppositorii alla belladonna. Il vomito viene combattuto con il ghiaccio, con i cataplasmi o con lavande gastriche (Hitzig). Erlenmeyer crede opportuno diminuire con l'uso di acque alcaline (Fachinger, Vichy) la secrezione acida dello stomaco che si arresta sotto l'influenza della morfina, mentre aumenta considerevolmente durante l'astinenza; egli raccomanda durante l'uso della morfina di prescrivere acido cloridrico. Di speciale importanza nella cura di sottrazione della morfina

è tener presente fin dall'inizio la *nutrizione* adatta e abbondante degli infermi, poichè altrimenti questi si indeboliscono rapidamente per la mancanza di appetito e per la loro agitazione. L'introduzione di nutrimento liquido, specialmente di latte molto freddo unito ad acqua di soda, riesce generalmente, malgrado vi sia tendenza al vomito.

Per facilitare la cura della sottrazione, Burkart propone di sostituire da principio alle iniezioni l'uso interno della morfina e infine l'oppio, rendendo così meno sensibile la mancanza dell'abituale rimedio. Poichè però, secondo l'esperienza e per ragioni facili a comprendersi, l'abuso dell'oppio non raramente surroga semplicemente la morfina, non si comprende bene l'utilità di tale procedimento. L'uso dell'alcool che ancora spesso è in voga e che al massimo è opportuno quando minaccia il collasso, non rende affatto più facile la cura della sottrazione; invece porta con sè il serio pericolo del morfio-alcoolismo. Ugualmente la cocaina che in un certo tempo fu lodata così entusiasticamente, secondo le osservazioni attuali deve essere riguardata semplicemente quale un surrogato della morfina di minor valore e nello stesso tempo molto più pericoloso; essa mitiga molte sofferenze dell'astinenza della morfina, ma agisce però solo e sempre per breve tempo e porta in ogni modo alla pericolosissima probabilità di un susseguente morfio-cocainismo. Perciò non è mai troppa l'insistenza per dissuadere dall'uso di essa. Gli altri rimedi usati per facilitare la sottrazione della morfina, quali la nitroglicerina, sparteina, napellina, codeina, dionina, eroina, peronina, sono o del tutto inutili o conducono ad un abuso abituale del nuovo veleno accanto a quello della morfina. Negli ultimi tempi sono comparsi moltissimi altri rimedi segreti che in parto contengono morfina e molti procedimenti patentati ed esaltati in modo ciarlatanesco. Tutto ciò non è altro che un segno spiacevole della concorrenza medica che cerca impadronirsi del crescente numero dei morfinisti. Da questo punto di vista, quindi, non si può parlare di un miglioramento della nostra potenzialità terapeutica.

Di non poca importanza è, durante il periodo della cura di sottrazione, il trattamento *psichico* degli infermi. Si può facilmente osservare che distrazioni, discorsi, libri, fanno ritardare di molto lo sviluppo degli incomodi. Anche la suggestione ipnotica (1) è stata spesso adoperata con successo. In tutti i modi è di grande importanza illuminare l'infermo esattamente sui pericoli della sua condizione e quindi

(1) Wetterstrand, *Zeitschr. f. Hypnotismus, IV*, 1.

di indurre in lui una avversione contro il funesto rimedio, fortificando in tal modo la sua capacità di resistenza per l'avvenire.

I fenomeni più accentuati della astinenza diminuiscono già per lo più pochi giorni dopo l'ultima dose di morfina. L'appetito migliora; il peso del corpo aumenta rapidamente; il sonno ritorna dapprincipio con l'aiuto di ipnotici, con la balneoterapia, ma in seguito anche spontaneamente, finchè si manifesta sempre più negli infermi il senso di salute e di freschezza psichica. Solo i pericoli del morfinismo non sono ancora affatto superati. Anche dopo molti mesi, perfino anche dopo anni dal completo divezzamento della morfina, tutto ad un tratto, spesso in seguito ad un malessere fisico, si può ritornare alla iniezione di morfina, oppure ritornando l'infermo nell'antico ambiente, in una attività snervante, la tendenza al rimedio si può manifestare di nuovo con potenza quasi irresistibile. Specialmente alcuni mesi dopo aver ripreso il lavoro suole sopravvenire uno stato di nervosità pericolosissimo per il morfinista guarito, e che rende urgentemente necessario il riposo e la ricreazione. Anche successivamente ritornano spesso con manifestazioni più deboli simili indicazioni per il riposo assoluto.

In tali circostanze dobbiamo consigliare seriamente il morfinista congedato ad osservare esattamente ogni oscillazione della sua capacità di resistenza nervosa e psichica e di sottoporsi per alcuni anni, dopo terminata la cura, in una qualsiasi forma ad una certa sorveglianza, che può essere fatta sia in famiglia, sia da un amico sicuro, consapevole. È cosa molto opportuna sottoporre tutto ad un tratto l'infermo ad una sorveglianza ininterrotta di 36, 48 ore, dapprincipio ad intervalli più brevi e successivamente ad intervalli più lunghi, per scoprire in tal modo fin dall'origine le ricadute. Tale misura facilmente eseguibile dovrebbe essere estesa per una serie di anni. In tal modo viene dato all'infermo stesso un certo appoggio morale, i suoi parenti si tranquillizzano e cesserà in tal modo la segreta diffidenza che tiene in pensiero continuo tutte le persone della famiglia. Vero è che ritornano a noi solamente coloro che sono rimasti sani: di quelli ricaduti si sa per lo più solo per mezzo di terze persone o non si ha alcuna notizia. Al medico morfinista guarito bisogna consigliare di non eseguire mai più egli stesso una iniezione, perchè appunto in ciò si manifesta minacciosamente il pericolo della ricaduta. Forel raccomanda inoltre ad ogni morfinista, e secondo me ben a ragione, di astenersi completamente nello stesso tempo dalle bevande alcooliche. Non di rado è la spensieratezza dell'ubbriacatura e il malumore dopo di questa che fa perdere il predominio mantenuto

con tanta difficoltà su sè stesso in modo da riportare alla ricaduta. Ugualmente l'abuso di altri alimenti, sebbene meno pericolosi, dovrebbe essere vietato.

La privazione completa e permanente della morfina si dimostra ineseguibile in una serie di casi anche con la migliore volontà del medico e dell'infermo. A parte quei malati per i quali in seguito ad una qualsiasi malattia inguaribile e dolorosa la vita è sopportabile solo per mezzo della morfina, anche in persone di una certa età, che abbiano passato, p. es. i 50 anni, come anche nei casi di morfinismo che durano da lungo tempo (decenni), si vede come la sottrazione della morfina porti lentamente ad una infermità progressiva, che danneggia la vita in un grado più alto che lo stesso morfinismo. In tali casi dobbiamo rassegnarci a tenere per quanto è possibile bassa la dose del rimedio, tenendo continuamente l'infermo sotto la sorveglianza medica.

C. *Cocainismo.*

Il cocainismo (1) è la intossicazione cronica più moderna. Gli effetti gradevoli della cocaina nella cura del divezzamento dalla morfina sono quelli che hanno procurato alla cocaina una rapida e deplorevole diffusione. Nella grandissima maggioranza di casi perciò l'abuso della cocaina va unito a quello della morfina e osservazioni di puro cocainismo sono presso di noi molto rare, mentre nella patria della *coca*, nel Perù, le conseguenze di questa intossicazione cronica sono così ben conosciute come quelle dei fumatori di oppio in Cina.

Il primo effetto della cocaina e, insieme all'aumento di frequenza del polso e alla diminuzione della pressione sanguigna, il sopravvenire di una *eccitazione simile alla ubbriachezza*, con senso di gradevole calore e accentuato benessere. Sfortunatamente l'esperimento psicologico con tale preparato presenta pericoli troppo gravi, sicchè finora sappiamo molto poco sui suoi precisi effetti psichici. Secondo tutte le apparenze tale rimedio produce un aumento considerevole, ma di corta durata, della eccitabilità motrice centrale, alla quale sembra che poi segua paralisi. Secondo questo punto di vista sembra quindi che esista

(1) ERLENMEYER, a. a. O. 151 ff., THOMSEN, *Charitéannalen XII*, 1887, 405; HEYMANN *Berliner Klin. Wochenschr. XXIV*, 1887, 278; OBERSTEINER, *Wiener Klin. Wochenschr.* 1888, 19; SAURY, *Annales médico psychologiques*, 1889, 439; MORSELLI, *Riforma medica*, 122, Maggio 1896.

una certa somiglianza con l'alcool, solo le manifestazioni sono molto più violente. A ciò corrisponde anche la semplice osservazione della ebbrezza cocainica. Sotto l'azione del preparato l'individuo diviene vivace, ciarliero, inclinato a scrivere, sente in sè maggiore capacità alla azione e maggior forza, però molto presto segue la rilasciatezza. Dosi maggiori producono stati di eccitazione delirante con tendenza a repentini collassi. È sorprendente il fatto che le alterazioni delle cellule della corteccia cerebrale fin'ora dimostrabili nell'intossicamento sperimentale da cocaina sono relativamente minime, ciò è una riprova che i mutamenti cellulari non sono una sicura manifestazione della gravità dei disturbi funzionali. Nissl trovò nei conigli, che erano stati sottoposti per parecchi giorni a forti dosi di cocaina, solo una leggera colorazione della sostanza non colorabile, una iniziantesi dissoluzione dei nuclei cellulari e un leggero aumento del leucociti nella pia e nei vasi.

Continuando a lungo le iniezioni, cosa a cui si è spinti perchè interrompendo il rimedio succede un forte malessere (senso di oppressione, palpitazione, svenimenti), sopravviene una permanente eccitazione nervosa con iperestesia per i rumori, leggera fuga di idee e completa incapacità ad occupazioni intellettuali, mancanza di volontà e diminuzione della memoria. L'infermo sviluppa una multiforme attività senza scopo, diviene estremamente ciarliero e prolisso nei suoi rapporti verbali, scrive lunghe lettere ove si rileva la fuga delle idee e la mancanza di uno scopo evidente, e manca ai suoi più importanti affari. Diviene malsicuro e smemorato, disordinato e sventato nella intera sua condotta, trascura la propria persona e va decadendo rapidamente e fatalmente nella attività professionale, nelle sue condizioni sociali e private. Il *tono sentimentale* oscilla tra un esagerato benessere, grande irritabilità, e segreta ansia diffidente, unita ad ottundimento emotivo che si manifesta nella sorprendente insensibilità dell'infermo a tutte le esigenze morali.

Tale profondo cambiamento psichico viene d'ordinario accompagnato dai segni di una *grave infermità fisica*. La nutrizione generale è abbassata malgrado un abbondante nutrimento; il peso del corpo scema con rapidità estrema. L'aspetto diviene senile, il colorito della pelle terreo, i lineamenti rilasciati, senza espressione, stanchi; la deambulazione mal sicura; si ha una grande debolezza e spossatezza fisica. somatica. I riflessi sono accentuati: spesso si osserva una vivace irrequietezza muscolare e anche scosse convulsive. Le pupille sono fortemente midriatiche; la lingua è in preda a tremore, il polso è frequente;

a ciò si aggiunge palpitazione, dispnea, tendenza a deliqui. La secrezione del sudore è aumentata; la potenzialità sessuale scompare, malgrado esista l'eccitamento. Il *sonno* è sempre molto disturbato, a volte completamente mancante, sicchè gli infermi cominciano ad usare gli ipnotici, specialmente la morfina. In un ragazzo di 14 anni da me avuto in osservazione e che spinto dalla madre si iniettava da 7 settimane giornalmente 2 o 3 gr. di cocaina, risultando da ciò una contrattura in flessione di ambedue le braccia le quali erano tempestate da numerosi ascessi, si manifestarono tendenza alla sudiceria e inoltre frequenti attacchi di vertigine con confusione delirante, e, a tratti, allucinazioni.

Sul fondo generale della degenerazione cocainica si sviluppa molto frequentemente il quadro morboso caratteristico della *pazzia cocaînica*, che somiglia in molte parti alla pazzia alcoolica già descritta. L'inizio della malattia è in generale rapido. Dopo che ha preceduto per breve tempo un tono sentimentale irritabile, diffidente, ansioso, unito a grande irrequietezza e instabilità, rapidamente si manifestano le allucinazioni in diversi campi sensoriali. L'infermo sente parole ingiuriose, allusioni, minaccie, discorsi che riguardano il suo modo attuale di agire, gli avvenimenti precedenti, perfino i suoi pensieri più intimi. L'ambiente nel quale vive gli sembra estraneo, mutato. Egli vede quadri che gli vengon messi innanzi agli occhi come con una lanterna magica, ma specialmente vede innumerevoli minuscoli oggetti, che vengono creduti pulci, batteri, acari, cristalli e che vengono riscontrati a volte anche al microscopio. Un medico infatti venne a me per mostrarmi una scoperta di grandissima importanza da lui fatta, cioè di avere trovato acari in tutte le cose possibili, sopratutto sulle squame epidermiche delle sue dita. Egli chiedeva che si esaminassero le squame epidermiche tolte col temperino, nelle quali egli gia ad occhio nudo riconosceva subito i suoi acari; affermava che sfortunatamente non era ancora riuscito a fare durevoli preparati. Nello stesso tempo domandò di essere accolto per morfio-cocainismo. Specialmente sviluppate sogliono essere le allucinazioni della *sensibilità generale*. L'infermo risente un vivo prurito alla pelle, che egli riporta subito ad una influenza elettrica o magnetica. Crede di essere bucato con spilli, avvolto da fili, succhiato, mangiato da insetti; sotto la pelle vi sono delle pallottole, della fina polvere di cristalli di cocaina.

Queste ultime osservazioni ci mostrano distintamente la grande influenza che la *interpretazione delirante* esercita sulla falsificazione delle percezioni. Dolori articolari vengono considerati dall'infermo quali segni di un avvelenamento dovuto a nemici; forte palpitazione porta

al timore di una prossima rottura cardiaca. Per le allucinazioni uditive l'infermo crede di essere ovunque minacciato e osservato. Con l'aiuto di apparecchi misteriosi si leggono i suoi pensieri; nelle mura e nelle porte esistono delle larghe fessure attraverso le quali lo si sorveglia; egli viene seguito da ciclisti; le sue carte sono frugate e lette; in lettere calunniatrici vengono scritte bassezze e sospetti sul suo conto. Da tutte le parti minacciano pericoli, ai quali l'infermo cerca sottrarsi col rivolgersi alla polizia, col cambiamento di casa, con viaggi precipitosi, con minaccie e infine anche con aggressioni. Molto spesso prende il revolver e tira sui suoi presunti avversari per vendere al più caro prezzo possibile la vita, o mette col suicidio un termine alla sua vita disperata. Uno dei miei infermi che vide uscire a torrenti dal suo petto il sangue e quindi credette vicina la morte, scongiurò la moglie, anche essa sotto l'influenza della cocaina, a morire insieme a lui, sicchè essa si avvelenò subito con 1 grammo (!) di joscina, che il marito aveva con mano tremante scritto poco prima in una ordinazione alla farmacia.

Un disturbo molto caratteristico, ma apparentemente tipico in questi stati, e la insensata *pazzia di gelosia* dei cocainisti. Se già il contenuto delle allucinazioni è a volte sessualmente osceno, talora s'impadronisce del malato l'idea che sua moglie sia stata sempre infedele. Egli sente e crede che la moglie abbia ricevuto da tutte le parti lettere d'amore, che abbia avuto rapporti sessuali con molti uomini. Essa è divenuta pallida quando è stata sorpresa ad un tratto da suo marito, ha nascosto una carta, già nel viaggio di nozze è scomparsa nella latrina con un signore straniero; durante la lezione di ballo è stata condotta da degli ufficiali nelle loro camere. Un collega mi raccontava con l'espressione del più profondo rammarico come sua moglie fosse stata disgraziatamente ninfomaniaca e che essa stessa gli aveva confessato di avere avuto contatti con ogni facchino e ogni cocchiere; egli credeva quasi che fosse nata impura. Anche tale mania può condurre ad aggressioni pericolose contro i presunti colpevoli.

La *coscienza* dei malati, malgrado le numerose allucinazioni od idee deliranti non rettificate, è sempre così chiara che non solo sono orientati nel loro ambiente, ma sono anche capaci di dare in modo coerente e sufficientemente ordinato informazioni sulle loro rappresentazioni e sul loro stato. Solo transitoriamente con maggiori oscillazioni emotive si può giungere ad un maggiore offuscamento della coscienza e alla confusione. Però mai esiste un chiaro riconoscimento della malattia; anzi anche con una coscienza apparentemente integra vengono mantenute e difese logicamente, contro tutte le obbiezioni, le più insensate

idee deliranti. Gli infermi non ammettono assolutamente il sospetto di essere malati di mente, cercano forse di provare che questo o quell'individuo del loro ambiente sia divenuto improvvisamente pazzo. Il *tono sentimentale* è eccitabile, irritabile, a volte iracondo e aspro, più spesso diffidente e depresso. Molto spesso gli infermi sono molto riservati nel comunicare le loro idee morbose, evitano le domande, negano tutto. Nel *contegno* risalta specialmente una irrequietezza accentuata e una forte instabilità; all'infuori di ciò, astrazione fatta dai periodi di depressione delirante, il contegno può sembrare presso a poco normale, se alcune azioni provocate da idee deliranti non tradissero il grave disturbo psichico. I fenomeni concomitanti somatici sono quelli dell'intossicazione cronica da cocaina.

Il completo sviluppo della pazzia cocainica suole essere sufficientemente rapido, spesso durare poche settimane. I peggioramenti si manifestano distintamente con l'aumento delle allucinazioni e dell'eccitamento in rapporto con le singole dosi di cocaina. Le quantità del veleno usato aumentano di solito rapidamente, fino ad alcuni grammi nelle 24 ore. Insieme alla cocaina, per combattere la insonnia, vengono ingeriti d'ordinario altri preparati, più frequentemente la morfina, ma anche il cloralio idrato, il sulfonal, la joscina, ecc. Appena viene abbandonato l'uso della cocaina gli stati violenti deliranti sogliono rapidamente scomparire entro pochi giorni, mentre le idee deliranti si perdono solo dopo settimane o mesi e i fenomeni del disordine psichico ancora molto più lentamente.

L'insorgere del cocainismo ha la sua ragione d'essere, come già abbiamo detto, dal morfinismo che lo ha preceduto. Cercando di liberarsi dal morfinismo l'infermo con o senza il consenso del medico, usa la cocaina, la quale all'inizio e del tutto transitoriamente gli procura sollievo, però in seguito per la crescente irrequietezza e insonnia lo costringe a tornare alla morfina. Uno dei miei infermi si iniettava solamente la morfina, ma poi un giorno soffrendo di dolore di denti si spennellò con la cocaina la mucosa orale. Sebbene noi nella pratica abbiamo a fare quasi sempre con l'unione dei due preparati, i fenomeni morbosi qui descritti dovrebbero essere riportati essenzialmente o esclusivamente alla azione della cocaina. Nell'ultimo caso sopra riportato le prime allucinazioni uditive: « quello viene arrestato! » insorsero ben presto dopo l'uso della cocaina e solamente per ciò noi fummo determinati ad informarci dell'uso eventuale di tale preparato, del quale l'infermo non aveva fino allora fatto cenno. Di più lo sviluppo di disturbi psichici violenti nel puro morfinismo è così raro, mentre co-

stituisce la regola quando ad esso si associa il cocainismo, che l'importanza causale della cocaina per la caratteristica decadenza psichica e per la pazzia allucinatoria dei morfio-cocainisti non può essere messa in dubbio.

Il cocainismo cronico ha una grande, manifesta somiglianza con l'alcoolismo, somiglianza che si estende fino a certi particolari. I disturbi psico-sensoriali dei cocainisti ricordano completamente quelli dei deliranti da alcool; le idee di gelosia, il noto delirio dei bevitori. Nondimeno esistono distinte *differenze*. Il decadimento prodotto dalla cocaina irrompe sull'individuo con maggiore violenza e più irresistibilmente dell'alcoolismo; i disturbi più gravi vengono quindi raggiunti molto più rapidamente. La pazzia cocainica sta, dal punto di vista sintomatico, circa nel mezzo tra il *delirium tremens* e la psicosi alcoolica; si avvicina a quello per la multiformità delle allucinazioni, a questa per la maggiore coscienza. Le idee deliranti di gelosia si mostrano in modo acuto e precoce, nell'alcoolista invece solo tardi e come disturbo cronico. Caratteristiche specialmente per l'intossicazione cocainica sembrano siano le allucinazioni microscopiche della vista e della sensibilità tattile. Infine si dimostra ovunque una influenza immediatamente e progressivamente dannosa sui fenomeni psichici ad ogni singola dose di cocaina, mentre il decorso delle psicosi alcooliche non viene cambiato affatto o appena per l'uso continuato del veleno.

La prognosi del cocainismo è molto grave. È bensì vero che la pazzia cocainica pare guarisca regolarmente quando viene impedita durevolmente l'ingestione del veleno. Invece la distruzione della capacità di resistenza morale è in questo caso molto più profonda e durevole che per l'alcool e per la morfina. Gli infermi perciò ricadono quasi tutti, spesso dopo breve tempo.

Una efficace lotta contro il cocainismo può solamente essere combattuta per mezzo di una buona profilassi. Ogni uso non puramente locale del preparato deve essere considerato come inammissibile; il suo uso nella cura di sottrazione della morfina deve venire biasimato come mancanza di coscienza o meglio ancora *deve venire punito come errore dell'arte medica*. Noi tutti come medici abbiamo il dovere di avvertire il pubblico nel modo più insistente del pericolo di questo veleno e denunziare senza indulgenza l'infame sfruttamento degli infermi da parte dei negozianti e dei medici.

Dopo la descrizione dell'azione della cocaina e dopo le mie addirittura impressionanti osservazioni, non è necessario insistere sull'urgenza, anche maggiore che nei morfinisti, del trattamento forzato degli infermi e sull'impedimento per la relativa pratica da parte dei medici.

La *sottrazione* della sola cocaina suole essere accompagnata da lievissimi disturbi, che in parte sono da considerare forse ancora quali manifestazioni di intossicazione. A questi fenomeni appartengono l'irrequietezza, l'insonnia, le palpitazioni, l'affanno e infine i deliqui repentini molto analoghi al collasso. In generale quindi il preparato potrà essere tolto o gradatamente in poco tempo, oppure tutto ad un tratto. Naturalmente è necessaria una accurata sorveglianza e, in certi casi, un trattamento eccitante con caffè, canfora, cardiocinetici, doccie fredde, ecc. L'insonnia viene combattuta con bagni caldi prolungati, paraldeide, trional; nello stesso tempo si cercherà di nutrire bene, per quanto è possibile, gli infermi. Nel caso di associazione del cocainismo con il morfinismo è meglio sottrarre in primo tempo la cocaina e quindi si diminuiranno le dosi della morfina. Naturalmente queste cure si possono eseguire solo in un Asilo, escludendo sicuramente ogni inopportuno rapporto coll'esterno. La incostanza morale di simili infermi è notoriamente molto maggiore di quella dei puri morfinisti. Per il successivo trattamento degli infermi dopo la completa sottrazione del preparato valgano i precetti già dati estesamente pel morfinismo. Solo nel cocainismo è raccomandabile di procedere con prudenza maggiore, ed anche con maggiore diffidenza che nel morfinismo.

IV

Le psicosi tireogene

Mentre nei disturbi psichici da intossicazioni e infezioni abbiamo veduto che la causa nociva proveniva dall'esterno, dobbiamo ora considerare un altro gruppo di psicosi, di cui debbono ritenersi come cause i processi patologici che si svolgono in un organo del corpo stesso, nella *glandola tiroide*. È vero che ancora noi non conosciamo intimamente in che consiste tale rapporto, sappiamo però con certezza che si tratta in tali casi di autointossicazioni che insorgono per mancata attività della glandola tiroide. Se la glandola tiroide è colpita fino dalla prima infanzia si ha allora il quadro morboso del *cretinismo*, mentre la distruzione della glandola in età più matura conduce alla *psicosi mixoedematosa*.

In questo capitolo noi dovremmo ricordare anche i disturbi psichici che si manifestano nella *malattia di* Basedow, perchè sono anch'essi in relazione con una malattia della glandola tiroide. Solo per la minima importanza pratica che questa malattia ha per l'alienista, abbiamo rinunciato alla descrizione di tale quadro morboso.

A. *La psicosi mixoedematosa* (1).

Il disturbo psichico mixoedematoso è caratterizzato da un *progressivo rallentamento e da una progressiva difficoltà di tutte le funzioni psichiche* e contemporaneamente dalla manifestazione di *caratteristiche alterazioni della cute* e da determinati disturbi nervosi.

---

(1) Ewald, *Die Erkrankungen der Schilddrüse; Myxodem. u. Cretinismus*. 1896; Buschan, *Über Myxödem und verwandte Zustände*. 1896; Pilcz, *Jahrb. f. Psychiatrie XX*, 77

L'infermità s'inizia di regola gradatamente. Si sviluppa a poco a poco una spiccata difficoltà e un'impaccio nella percezione e nella elaborazione delle impressioni esterne. Gli infermi possono solamente a fatica seguire un discorso, si lasciano sfuggire o fraintendono molte cose; nella lettura di un libro debbono ripetere più volte le singole frasi, fino a che non ne hanno compreso presso a poco il senso. Inoltre si stancano con grandissima facilità. Anche le attività psichiche più semplici costano loro una fatica sproporzionata, sicchè dopo una breve tensione, essi non sono più capaci di riunire i loro pensieri. I tempi di reazione psichica, che io in un caso ho potuto misurare, sono corrispondentemente a ciò, molto prolungati. La memoria diminuisce considerevolmente; specialmente gli avvenimenti recenti impallidiscono rapidamente. I ricordi divengono poco chiari e incoerenti; molti vanno perduti senza lasciare tracce. Gli infermi dimenticano perciò gli appuntamenti, le commissioni, i progetti; debbono annotare tutto ciò che ha per essi importanza. La coscienza, l'orientamento generale sogliono però rimanere durevolmente lucidi, benchè sia di regola riconoscibile un lieve obnubilamento.

Naturalmente se si sviluppa in genere da questi disturbi un grave nocumento della condotta. Gli infermi non hanno una retta percezione degli avvenimenti che si svolgono nel loro ambiente; essi hanno bisogno per le più semplici cose, per scrivere una lettera, per vestirsi, di un tempo incredibilmente lungo. Essi debbono ricordarsi dapprima con difficoltà di tutti i particolari e spesso ricominciare daccapo perchè hanno dimenticato qualche cosa di importante. Tali difficoltà aumentano gradualmente, tanto che gli infermi riescono a fare appena le cose più necessarie e finalmente rinunziano a qualunque attività. Nei gradi più forti di tali disturbi essi diventano in tutto bisognosi di aiuto perchè sono incapaci a qualunque occupazione psichica o materiale. Il profondo cambiamento che si ha in tal modo negli infermi viene, per lo meno nei primi tempi, risentito da questi molto distintamente e penosamente. Essi si accorgono che « istupidiscono »; sembra loro che i pensieri siano ricoperti da un velo, in seguito si manifesta sempre più un certo ottundimento e una certa indifferenza. Gli infermi non si preoccupano eccessivamente del loro stato, non prendono alcuna parte al bene o al male dei loro parenti più prossimi, non esprimono nè gioia, nè dolore e giungono ad una specie di irrigidimento emotivo, in cui essi, privi di volontà, senza proprii desideri e senza progetti per l'avvenire soggiacciono a qualsiasi influenza casuale.

Nel mixoedema accentuato pare non manchino mai le forme, anche lievi, di questa trasformazione psichica, che sono state giustamente paragonate da Charcot allo stato di un animale caduto in letargo. In circa un terzo dei casi però il quadro di una semplice demenza è accompagnato ancora da una serie di disturbi psichici accentuati. E specialmente l'eccitabilità emotiva che si riscontra con maggiore frequenza. Gli infermi divengono ansiosi, sbigottiti, preoccupati, manifestano autorimproveri, timori, idee di suicidio. A volte nello stesso tempo si manifesta insonnia, grave irrequietezza e agitazione, lamenti, insensata resistenza, sitofobia; sembra che più raramente si manifestino anche stati di confusione con svariati disturbi psico-sensoriali e accentuate idee di persecuzione.

I fenomeni somatici concomitanti di questo processo demenziale sono così noti che noi li ricorderemo solo brevemente. Quelli che sono più evidenti sono le alterazioni a carico della cute. La pelle diviene inspessita, secca, ruvida e può venire sollevata solo a grandi pieghe. Sulle gote, sul mento, sulla fronte, ma specialmente alla nuca, alle braccia, a volte anche sul ventre, sulle coscie, si palpano degli inspessimenti tondeggianti del cellulare sotto-cutaneo. Non raramente si trovano qui strie pronunciate. La conducibilità elettrica è considerevolmente diminuita. Le dita delle mani e dei piedi divengono grosse e sformate. La faccia è allargata: i lineamenti diventano grossolani e goffi; l'espressione del volto, per la perdita dei movimenti mimici più fini acquista un certo che di rigido, come se vi fosse una maschera. I capelli cadono, le unghie divengono friabili. Anche le mucose si ispessiscono. La lingua aumenta di volume e si muove più difficilmente; le gengive si gonfiano; i denti cominciano ad alterarsi e cadono. La mucosa nasale si rigonfia e si ha una secrezione muco-sierosa scarsa, ma continua. Lo stomaco è facilmente dolente, l'appetito è minimo, l'intestino pigro. La voce diviene rauca, quasi afona, uniforme, la parola lenta e stentata. L'udito suole essere alterato, ma nello stesso tempo esiste spesso una sensibilità maggiore ai forti rumori. L'inspessimento cutaneo può del resto scomparire nel decorso della malattia, sicchè la pelle nei punti già prima infiltrati pende in forma di sacche larghe e floscie.

A ciò si aggiunga tutta una serie di disturbi nervosi. Già fin dall'inizio si manifesta frequentemente dolore di capo, senso di pressione alla testa, vertigini; a volte si manifestano deliqui e anche attacchi convulsivi, che somigliano a volte agli attacchi epilettici, oppure presentano le caratteristiche della tetania. Io ho osservato anche spasmi laringei. Molto frequentemente si osservano alla lingua e specialmente

alle braccia e alle mani fini tremori interrotti da alcune scosse più forti. I movimenti divengono grossolani, goffi; la deambulazione lenta, difficile. La eccitabilità meccanica dei muscoli e dei nervi suole essere aumentata; i riflessi patellari sono per lo più aumentati.

Finalmente dobbiamo ricordare molti altri segni morbosi che indicano direttamente un'alterazione del ricambio materiale. Le mucose sono pallide, anemiche; le mestruazioni scompaiono; la temperatura del corpo è molto bassa; si ha una grande sensibilità al freddo, e la malattia peggiora quasi sempre nella stagione fredda; probabilmente esistono anche profonde alterazioni nella crasi sanguigna. In alcuni casi da me osservati i corpuscoli rossi sembrarono aumentati di volume e si trovarono anche altre irregolarità nel loro comportamento chimico che fino ad ora non possono esattamente essere spiegate. Spesso sembra che la quantità dei corpuscoli rossi diminuisca. La capacità di assorbimento dell'ossigeno è, secondo l'esperienza di A. Schmidt diminuita, e ugualmente diminuita è la coagulabilità. Con questi ultimi cambiamenti sta in rapporto certamente il fatto che in questi infermi vengono osservate frequenti emorragie.

Il *decorso* dei disturbi psichici mixoedematosi sembra sia di regola progressivo, se gli infermi non sono sottoposti ad una adatta cura. I malati divengono sempre più dementi; contemporaneamente si manifestano i segni di una crescente decadenza fisica: dimagramento estremo, debolezza, gravi disturbi digestivi e nutritivi, collasso. Spesso sopravviene la morte per una malattia intercorrente alla quale l'indebolito organismo non può contrapporre alcuna resistenza. Tuttavia molto frequentemente si hanno remissioni. Inoltre io debbo ammettere, secondo le mie osservazioni, l'esistenza non rara di casi nei quali disturbi mixoedematosi poco acccentuati (mixoedema frusto, ipotireoidia) possono gradualmente scomparire senza alcuna cura.

La *causa* della demenza mixoedematosa risiede senza alcun dubbio nella mancata attività della glandola tiroide. Ciò si dimostra nel modo piu evidente con la serie di manifestazioni che si sviluppano in seguito alla estirpazione chirurgica della glandola tiroide nella cosidetta « cachessia strumipriva ». Nell'uomo, come anche nei carnivori, dopo una completa estirpazione della tiroide vediamo manifestarsi molto presto una eccitabilità aumentata dei muscoli e dei nervi, riflessi aumentati, tetania, tremore, attacchi epilettiformi, disturbi che riscontriamo ugualmente nel mixoedema. Blum (1) ha potuto di-

(1) Blum, *Neurolog. Centralblatt* 1902, 695.

mostrare che nei cani con nutrimento latteo vengono considerevolmente diminuiti i pericoli della estirpazione della glandola tiroide; suppone quindi che i veleni che vengono distrutti da questa glandola abbiano essenzialmente origine dagli albuminoidi. In alcuni animali che furono tenuti lungamente in vita con la nutrizione lattea, egli avrebbe osservato pronunciati disturbi psichici. I cani divennero indifferenti, stupidi, guardavano fissi avanti a loro, rifiutavano il cibo, mostravano ansia e continua irrequietezza. Il loro contegno fece supporre anche l' esistenza verosimile di disturbi psico-sensoriali. Ma i fatti più imponenti erano costituiti da alcuni disturbi motori. Gli animali vacillavano, si accoccolavano, si sdraiavano sul dorso agitando le gambe per aria, correvano all'indietro, marciavano come a suon di musica; inoltre si manifestavano contrazioni muscolari e fenomeni convulsivi. Tutti questi disturbi mostrarono periodiche oscillazioni; la morte si ebbe per collasso o in uno stato epilettico.

Per quanto è possibile fare paragoni, queste descrizioni ricordano presso a poco alcuni disturbi che riscontriamo nella catatonia. Negli uomini, invece, in seguito alla estirpazione della glandola tiroide, dopo le manifestazioni che da principio decorrono violentemente, si suole sviluppare una malattia progressiva che rassomiglia in tutte le particolarità al mixoedema. Noi siamo quindi costretti a supporre che la glandola tiroide sia una parte indispensabile dell'economia del nostro organismo. Quando malgrado l' estirpazione di essa non appare la malattia, oppure questa scompare di nuovo, dobbiamo pensare che la mancanza venga riparata da glandole tiroidi accessorie, oppure da altri organi. Così si osservò l'ingrossamento della ipofisi dopo l'estirpazione della tiroide.

Nel vero mixoedema il quadro morboso naturalmente si sviluppa in modo più lento che nella chachessia strumipriva. Però anche in tali casi si riscontra sempre una distruzione del tessuto glandolare, la quale va unita per lo più ad una atrofia dell'organo, più raramente ad un aumento patologico della glandola stessa. Nel vivente, per la posizione sfavorevole della glandola, non è sempre facile di percepire con chiarezza tali mutamenti. Più frequentemente sembra che si abbia una degenerazione connettivale della glandola; più raramente il mixoedema è prodotto da degenerazione colloide, perche in questa rimangono di regola parti sane del tessuto glandolare. In casi speciali anche la sifilide. la tubercolosi, l'actinomicosi possono distruggero la glandola tiroide. Hoche ha descritto un caso di mixoedema in seguito a grave intossicazione da gas illuminante. Finalmente si è osservato a volte il mixoedema quale esito del morbo di Basedow, come una distruzione per così diro della glandola dapprima esageratamente attiva.

Di interesse speciale, benchè disgraziatamente ancora molto oscuri, sono i rapporti che passano tra mixoedema e il sesso. Più dei $^3/_4$ dei casi fino ad ora conosciuti riguardano le donne, specialmente nell'età media e nel periodo di regressione. In qualche caso è stato osservato un regredire del mixoedema durante la gravidanza. Tali fatti si trovano in armonia con l'osservazione generale, che cioè l'attività della glandola tiroide stia nella donna in stretto rapporto con i processi sessuali.

Noi sappiamo che gli ingrossamenti della glandola tiroide sono senza confronto più frequenti nella donna che nell'uomo, e che la tiroide aumenta considerevolmente durante il periodo mestruale. Durante la gravidanza e durante l'allattamento si sviluppano spesso le tetanie e il morbo di Basedow. Quest'ultimo, che sopprayviene inoltre molto spesso nella pubertà, è accompagnato frequentemente, come il mixoedema, da disturbi mestruali. Vero è che ancora oggi non siamo in grado di farci una idea chiara intorno alla natura di questi rapporti, che pure risultano sotto diversi punti di vista; peraltro fatti analoghi incontreremo in seguito anche nella trattazione della *dementia praecox*.

Il *trattamento* del mixoedema è divenuto, grazie alle nostre conoscenze sulla natura della malattia, estremamente semplice e sicuro. È sufficiente di restituire all'organismo il tessuto glandolare mancante, sia fresco, sia in forma di polvere, sia in tavolette o sotto forma di estratto liquido. L'effetto di tale trattamento sorpassa con gli stupefacenti successi tutto quello che conosciamo di vere azioni medicinali, sicuramente perchè in questo caso non si tratta di un medicamento, bensì di un prodotto naturale dell'organismo. In genere si usa la glandola tiroide secca del montone, circa 0, 1 gr., 1–3 volte al giorno. Bisogna fare attenzione di non usare preparati guasti e quindi inefficaci. Sull' azione della jodotirina preparata dalla glandola da Bauman, sono diverse le opinioni. Io stesso l'ho trovata senza alcun effetto in casi nei quali la tireoidina agiva manifestamente. E necessario di aumentare con molta precauzione la dose, perchè altrimenti possono sopravvenire facilmente fenomeni di intossicazione, dolore di capo, vertigini, tachicardia, debolezza cardiaca grave e anche collassi mortali. Boinet (1) descrive un caso nel quale, in seguito alla ingestione giornaliera di 6–12 tiroidi di montone, si ebbe, unitamente a grave palpitazione di cuore, grande irrequietezza, fuga di idee e delirii di persecuzione, che in seguito alla soppressione della sostanza nociva scomparvero

(1) Boinet, *Revue neurologique* 1899, 14.

gradualmente, per riapparire nuovamente sotto l' abuso della glandola tiroide. Tale osservazione è forse interessante per far luce sopra lo sviluppo di disturbi psichici nel morbo di BASEDOW.

L'azione del trattamento con la glandola tiroide comincia nel mixoedema dopo il 3.° o il 4.° giorno, per progredire poi con una rapidità meravigliosa in seguito. Grandi quantità di feci e di urina vengono escrete, la cute e le mucose perdono il loro gonfiore; il peso del corpo diminuisce rapidamente. Il naso ritorna al volume normale, la lingua si muove meglio, i disturbi dello stomaco scompaiono; la cute diviene morbida e umida, si ha abbondante secrezione di sudore. Il numero dei globuli bianchi e rossi aumenta, diminuisce il diametro delle emazie. Nello stesso tempo cede anche la rigidità della vita psichica. Gli infermi si sentono più liberi, più facilitati alle azioni, come liberati da un grave peso, prendono di nuovo parte alla vita, divengono allegri, freschi, vivaci. Nel caso su ricordato la durata dei tempi psichici diminuì in 14 giorni della metà. In tal modo in un tempo relativamente breve può scomparire del tutto il grave quadro morboso; solo una certa stancabilità suole ancora rimanere per lungo tempo. Veramente il preparato, come del resto si comprende dalla natura della malattia, deve essere prescritto durevolmente e a piccole dosi; la dose verrà aumentata quando insorgono i primi leggeri sintomi di una ricaduta. Se in tutti i casi, anche in quelli molto avanzati, è possibile ancora una completa guarigione, ci verrà detto dalle successive osservazioni; certo i disturbi sembra siano per lungo tempo accessibili ad una completa regressione.

B. *Il Cretinismo*.

Il cretinismo (1) è caratterizzato dalla osservazione di un *arresto di sviluppo psichico* di maggiore o minore grado che compare precocemente e dai *fenomeni somatici concomitanti della atrofia o della degenerazione della glandola tiroide*. Il cretinismo non si manifesta di regola dalla nascita; in rarissimi casi eccezionali si è osservata la

(1) BAILLARGER ET KRISHABER, *Crétin, crétinisme et goître endemique: Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*. 1879; *(Literatur)*; CRISTIANI, *Annali di freniatria*, 1897, 349: LANGHANS, *Virchows Archiv* 149 1; WAGNER, *Wiener Klin. Wochenschr.* 1900 19; WEYGANDT, *Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus*. 1904. [V. anche CERLETTI e PERUSINI. *Studi sul cretinismo endemico* Parte I. *Annali dell'Istit. Psich. di Roma 1904*. Parte II. Sopra alcuni caratt. antropolog. descrittivi nei soggetti colpiti dall'endemia gozzo-cretinica-ibidem 1905].

nascita di bambini con il gozzo. Più frequentemente i primi accenni della malattia si mostrano verso la fine della fanciullezza. I bambini non progrediscono nel loro completo sviluppo somatico, appaiono pallidi, rigonfi. Imparano a camminare molto tardi o affatto, sono pigri e goffi nei loro movimenti. Dal punto di vista psichico essi sono ottusi, indifferenti, non parlano, dormono molto, mangiano senza scelta, non sono capaci di mantenersi puliti e hanno bisogno per lungo tempo, a volte per tutta la loro vita, di una accurata assistenza.

Verso il 5.° o 6.° anno di vita si rende per lo più distintamente visibile l'ingrossamento della glandola tiroide, la quale, aumentando fino al 12°, al 15.° anno di età, può raggiungere un grado rilevantissimo. In altri casi meno frequenti (circa in $^1/_3$) scompare invece all'esame esterno ogni traccia della glandola tiroide, oppure si riscontrano i residui di essa calcificati o in degenerazione cistica. L'ossificazione dello scheletro ritarda considerevolmente, specialmente nelle epifisi; l'allungamento delle ossa si arresta. Così si ha il nanismo e l'accorciamento degli arti, mentre le epifisi appaiono relativamente larghe.

Fino a qual grado può giungere tale disturbo lo dimostra il disegno che riportiamo di una cretina di 21 anno (fig. 6). I piedi e le mani rimangono piccoli, non sviluppati come nei bambini e risaltano incompletamente sul braccio e sulla gamba. Il capo è in genere molto grande, ma piatto, la faccia bassa, il collo corto e grosso. La base del cranio è ristretta, incurvata; all'incontro si riscontra un allargamento della calotta cranica lateralmente e a volte anche verso il vertice; spesso la grande fontanella rimane aperta lungo tempo. Il naso è largo. Le cavità orbitarie sono allontanate l'una dall'altra. La cute è secca, rigonfia, ipertrofica, in alcuni punti pendente, p. e. alla nuca, sulle braccia, in forma di grossi blocchi che possono muoversi *in toto* sulla muscolatura che è sempre flacida. Specialmente le faccie larghe, senza espressione, con le guance e le palpebre floscie, con le labbra grosse, col naso volto all'insù, largo alla radice, offrono un aspetto molto caratteristico. La annessa Tavola I dimostra molto distinta-

Fig. 6.

mente tutte queste alterazioni. Con uno stato di nutrizione peggiore la cute diviene in modo caratteristico rilasciata, grinzosa, floscia. Il sistema pilifero è di solito poco sviluppato. La sensibilità cutanea è grandemente diminuita. I denti sono guasti, cariati, scanalati, male inseriti, rivolti verso l'esterno. Le due fila di denti spesso non si adattano l'una sull'altra, perchè il mascellare inferiore è spostato più all'indietro o in avanti. La lingua è ingrossata, impacciata nei movimenti, è tenuta spesso in mezzo ai denti; la parola è inceppata, balbuziente, lenta, se pure non è ridotta ad un grugnito. La voce è dura, fioca, a volte in falsetto. La forza muscolare è scarsa, la eccitabilità meccanica è spesso aumentata. L'addome è per lo più tumido, rigonfio; si trovano spesso ernie ombellicali. Il numero dei globuli bianchi e specialmente dei rossi è diminuito, la quantità di emoglobina è pure diminuita. Tutti i movimenti sono goffi, difficili, la deambulazione lenta e impacciata; a volte sono stati osservati attacchi convulsivi, il fenomeno del facciale, e in alcuni casi, la tetania. Lo sviluppo sessuale è tardo e nei gradi più alti della malattia non si ha affatto. In simili casi a volte non si ha neppure il cambiamento dei denti. La forza di resistenza dei cretini alle malattie e alle altre cause nocive suole essere molto piccola; essi non raggiungono per lo più un'età avanzata, solo raramente giungono ai 50 anni.

Dal lato *psichico* i cretini possono dimostrare tutti i possibili gradi morbosi, dalla più profonda demenza alla debolezza mentale appena accennata; esistono perfino alcuni individui i quali, malgrado alcuni segni somatici del cretinismo, pure nel loro comportamento psichico non si allontanano in modo riconoscibile dai limiti del normale. Nella grandissima maggioranza dei casi si trova però una marcata ottusità e insensibilità che li rende più o meno incapaci a raccogliere le impressioni, a usufruire delle osservazioni, a formare immagini e concetti. Essi rimangono perciò spesso al livello di bambini di 4 o 5 anni, e anche ad un livello più basso. La eccitabilità emotiva dei cretini è di regola molto scarsa; essi sono indifferenti, flemmatici, spesso affabili in modo infantile, d'indole buona, docile. D'ordinario non sono capaci di un lavoro qualsiasi, in parte per la loro pigrizia e rilasciatezza, in parte per la loro scarsa forza e per la grande stancabilità. Generalmente tale stato dura in modo uniforme per tutta la vita. Solo in alcuni casi si aggiungono, proprio come negli idioti, disturbi psichici transitori, stati di agitazione, di depressione o manifestazioni deliranti incomplete. Inoltre sul terreno della predisposizione cretinica possono svilupparsi anche diverse altre forme di pazzia; più volte io ho osservato la psicosi maniaco-depressiva, una volta anche la paralisi.

L'anatomia patologica del cretinismo è sfortunatamente ancora al suo inizio. Per quanto riguarda il reperto anatomico del cervello noi sappiamo solo che esistono atrofie parziali, asimmetrie, dilatazione delle cavità ventricolari. Ciò dovrebbe indurre alla indagine praticata con l'aiuto di nuovi metodi. La calotta cranica è frequentemente ingrossata, le ossa zigomatiche e il mascellare inferiore sono poco sviluppati, le cartilagini persistono qui come negli arti; anche in altre parti si trovano in grande numero abnormità di varia specie (1). Le ovaie e i testicoli sono poco sviluppati o degenerati: anche i muscoli presentano una serie di alterazioni patologiche.

Il cretinismo si manifesta con la maggior frequenza in modo *endemico,* specialmente sulle grandi montagne di tutte le parti del mondo, in Europa specialmente sulle Alpi e sui Pirenei. Maggiormente colpite sembra siano le popolazioni che abitano le vallate delle montagne che sono molto calde e umide; anche al terreno calcare viene assegnata una certa importanza. Le vere cause di questa malattia endemica sono ancora sconosciute; si sono rese responsabili le condizioni più svariate: quali la grande umidità, l'aria stagnante, l'acqua potabile cattiva, i germi contenuti nell'aria e nel terreno di alcune località, le formazioni geologiche, le condizioni sfavorevoli d'igiene, senza però poter trovare sino ad ora una sicura spiegazione. Tuttavia da numerosi fatti osservati sembra che una parte molto importante spetti all'acqua potabile. In Svizzera il popolo ha spesso chiamato alcune sorgenti « fontane del gozzo », riferendo all'uso di quelle acque l'origine del cretinismo. In alcuni casi l'estensione della malattia si è potuta dimostrare circoscritta a zone circostanti a determinate fontane; il cessare o l'apparire del cretinismo stava in relazione con la chiusura o con l'apertura di una determinata sorgente di acqua. Anche l'ebollizione e la filtrazione dell'acqua sospetta si dice possa abolire il funesto effetto (2).

Per lo più la causa del cretinismo suole spiegare la sua azione in una estensione più vasta e influire più o meno fortemente sul tipo di tutta una popolazione di una contrada; e appunto perciò si manifestano

---

(1) Jentsch, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIV,* 776.

(2) Le recenti ricerche sperimentali di Grassi e Munaron *(Rend. Accad. dei Lincei* 21 giugno 1903, 3 e 17 genn., 19 giugno 1904) dimostrerebbero il contrario. I due autori trasportarono in Valtellina, da regioni immuni, alcuni cani, che tenner.) in gabbie isolate dal suolo, nutrendoli con alimenti provenienti da paesi immuni e abbeverandoli con acqua di Nocera. Dopo poche settimane i cani acquistarono una sensibile ipertrofia tiroidea. — (N. d. T.)

quelle numerose gradazioni, che vanno fino ai limiti del normale, e che si incontrano di regola accanto alle forme più gravi, Anche gli animali, i maiali, i cani, i cavalli, i buoi, i gatti, ma specialmente i muli possono presentare i segni del cretinismo endemico. Gli adulti stranieri che vanno ad abitare in contrade pericolose, o non si ammalano oppure presentano solo leggerissime forme di gozzo, mentre i bambini nati da essi non di rado divengono cretini. D'altra parte il cretinismo è capace di una trasmissione ereditaria anche dopo lasciata la regione colpita, in tali circostanze suole perdersi la trasmissione solo dopo un ripetuto incrociamento con sangue sano.

Tutti questi fatti caratteristici sembrano indicare che quale causa del cretinismo si debba ritenere un principio patogeno, a cui spetti, accanto alla possibilità di manifestarsi sotto determinate condizioni igieniche generali, una certa indipendenza di sviluppo; contegno questo che fa pensare con grande verosimiglianza ad un agente infettivo organizzato. Specialmente l'organismo infantile, rispettivamente quello fetale, sembra sia molto facilmente suscettibile a questo contagio endemico che probabilmente non è transitorio ed è forse trasmissibile alla prole. Dopo tutto ciò che sappiamo sul mixoedema, come anche sulla chachessia strumipriva, non può esservi più alcun dubbio che anche nel cretinismo *la malattia della glandola tiroide* sia il primo anello del quadro morboso, mentre le alterazioni cutanee, l'arresto di sviluppo, la demenza, sono da riguardare quali conseguenze della mancata attività della glandola tiroide. Si è pure riusciti, togliendo quest'organo, a provocare artificialmente negli animali una degenerazione cretinica con tutte le sue caratteristiche. In tal modo si spiega da una parte come esistano cretini con e senza gozzo, perchè la malattia della glandola tiroide può condurre naturalmente all'ingrossamento e alla degenerazione, ma anche all'atrofia dell'organo. Così si spiegano inoltre i diversi gradi del cretinismo con la diversa estensione delle alterazioni dell'organo, come anche con la varia evoluzione delle glandole vicarianti. Infine si comprende bene come accanto al cretinismo endemico si possono dare casi di cretinismo « sporadico » o « mixoedema infantile », e ciò quando la glandola tiroide, non a causa del germe patologico limitato a certe contrade, ma per una qualunque altra malattia diventa sin dalla infanzia inattiva. Se tra i diversi microrganismi trovati da autori Italiani nell'acqua delle contrade ove impera il cretinismo si trovi il vero germe della malattia della glandola tiroide, resta ancora a vedere.

Dalla conoscenza del modo di origine del cretinismo si possono trarre facilmente le misure per la *profilassi*. La osservazione ha di-

mostrato che il prosciugamento del terreno e il far bere ad una popolazione una buona acqua potabile ha portato con sorprendente certezza ad una diminuzione dell'epidemia. Anche il miglioramento generale delle condizioni igieniche sembra abbia avuto spesso un buon risultato, forse perchè in tal modo la capacità di resistenza contro i germi patogeni viene aumentata. Sarebbe per lo meno da pensare che la influenza spesso affermata della ereditarietà consista essenzialmente nell'ereditare una predisposizione somatica debole, poco capace a resistere. In ogni modo quindi si deve raccomandare l'incrociamento con sangue sano. Per i singoli individui la profilassi riesce efficace nei piccoli bambini se vengono allontanati presto dallo contrade colpite fino a che hanno sorpassato l'età pericolosa: il modo migliore, è mandarli sulle alte montagne. Osservatori esperti credono che con tale misura si possa avere la completa guarigione anche quando si siano manifestati i primi segni della infermità; anche continuate piccole dosi di ioduro di potassio sogliono in questo stadio spiegare una benefica azione.

Per il *trattamento* dei singoli casi si è confermato anche in questa malattia l'effetto ottimo della tireoidina Esistono già numerosi rapporti sopra questo metodo curativo, specialmente BOURNEVILLE (1) lo ha usato con efficacia. Il preparato viene prescritto alla dose di 1-1,5 gr. di glandola tiroide di montone fresca o in tavolette di tiroide, essiccata in quantità corrispondende; nei lattanti si è avuto un buon risultato prescrivendola alla madre. L'azione della tireoidina sui malati giovani è sorprendente. Il torso e le membra si allungano, mentre scompare l'inspessimento cutaneo; la lingua si impicciolisce; i capelli e i denti crescono e si rinnovano. I muscoli divengono più forti, il ventre si appiana, l'ernia ombellicale scompare. Nello stesso tempo gli infermi divengono più attenti, più vivaci, più intelligenti, possono perfino perdere qualunque traccia del loro originario ottundimento. Nei casi in cui il cretinismo dura da più lungo tempo, il successo della cura è sempre minore. Vero è che io sono riuscito anche in adulti a diminuire considerevolmente lo spessore cutaneo con la tireoidina; vidi anche ricomparire le mestruazioni scomparse. Solo lo stato psichico non viene influenzato in modo notevole, certamente per il fatto che si sono prodotte nella corteccia corebrale alterazioni irreparabili.

(1) BOURNEVILLE, *Archives de Neurologie* 1896; *Progrès médical*, 1897, 10 e. 11; *idem* 1901, 23.

V

La demenza precoce

Col nome di *dementia praecox* (1) ci sia permesso di riunire provvisoriamente una serie di quadri morbosi la cui comune caratteristica è costituita dall'esito in *particolari stati di debolezza mentale*. Sembra veramente che tale sfavorevole esito non avvenga sempre inesorabilmente, però esso è talmente frequente che noi fino ad una ulteriore dilucidazione delle questioni cliniche che attendono ancora la loro soluzione, dobbiamo mantenere il nome usuale. Forse altre denominazioni, quali la « demenza primitiva » degli italiani, l'espressione di « *dementia simplex* » preferita da Rieger, potrebbero essere più giuste. Io non posso dubitare, in seguito ai fatti clinici e anatomici, di avere a che fare in tale forma morbosa con gravi alterazioni della corteccia cerebrale, che di regola sono capaci solo di un parziale regresso. Se però il processo morboso sia sempre lo stesso è, allo stato attuale delle nostre conoscenze, assai incerto.

Per maggiore chiarezza è forse utile anzitutto distinguere nella *dementia praecox* tre gruppi principali, i quali però senza alcun dubbio sono collegati l'uno all'altro da graduali passaggi. Distingueremo perciò le tre forme: *ebefrenica*, *catatonica* e *paranoide*. La prima di queste è quella forma che io già antecedentemente aveva descritto sotto il nome di *dementia praecox*; la seconda corrisponde alla catatonia, men-

---

(1) Finzi e Vedrani, *Rivista sperim. di Freniatria, XXV*, 1899; Christian, *Ann. médico-psychol.* 8, 9, 43, 1899; Trömner, *Das Jugendirresein (Dementia praecox)*. 1900; Sérieux, *Gaz. hebdomad. Mars* 1901; *Revue de psychiatrie, Juin* 1902; Iahrmärker, *Zur Frage der Dementia praecox*. 1902; Meeus, *Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, mar-sept.* 1902; Masselon, *Psychologie des déments précoces*. 1902; Stransky, *Jahrb. f. Psych. XXIII*, 1903; Bernstein, *Allg Zeitschr. f. Psych. LX*. 554, 1903.

tre la terza comprende sia la demenza paranoide, come alcuni casi che venivano per lo innanzi collocati tra le forme di paranoia e che conducono rapidamente ad un alto grado di debolezza psichica. Tutto il campo della *dementia praecox* corrisponde essenzialmente a quei quadri morbosi che venivano indicati precedentemente col nome di « processi demenziali »; io proporrei che si adottasse il nome di *dementia praecox*, perchè anche la paralisi (progressiva) e la demenza senile, come pure tutta una serie di altri processi morbosi, possono essere compresi sotto il nome di processi demenziali.

La multiformità degli stati che noi osserviamo nel campo della *dementia praecox* è assai grande, sicchè l'intimo rapporto esistente fra essi è soltanto riconoscibile dalla loro successione nello stesso decorso morboso. Per altro noi vi possiamo riscontrare alcuni disturbi fondamentali comuni in forma più o meno pronunciata, ma nel modo più netto negli stati terminali, nei quali le manifestazioni concomitanti casuali e transitorie scompaiono dietro ai cambiamenti durevoli e caratteristici della vita psichica.

La semplice *percezione* delle impressioni esterne non suole mostrare lesioni rilevanti nella *dementia praecox*. Gli infermi percepiscono in generale ciò che avviene intorno a loro, spesso anche meglio di ciò che si potrebbe dedurre dal loro contegno. Si rimane sorpresi come infermi che in apparenza sono completamente ottusi percepiscano in modo giusto tutte le cose che avvengono nel loro ambiente, mostrino tutto ad un tratto di conoscere il nome dei loro compagni di sventura, si accorgano dei cambiamenti nei vestiti del medico. Però alcuni esperimenti ci hanno dimostrato che eccitazioni che agiscono per un tempo molto breve vengono percepite in un modo molto imperfetto. Specialmente interessante fu l'osservazione che gli infermi, accanto a poche risposte esatte, diedero sempre un grandissimo numero di risposte completamente erronee: sintoma questo che dimostra come la tendenza a manifestare spontaneamente rappresentazioni che si presentavano alla mente in modo casuale fosse aumentata.

L'*orientamento* degli infermi è per lo più normale. Essi sanno d'ordinario dove si trovano, riconoscono le persone, hanno esatta conoscenza del tempo. Solo negli stati stuporosi e nei gravi stati ansiosi l'orientamento può essere transitoriamente disturbato; pure è caratteristico in questi infermi che, spesso, malgrado si trovino in istato di grave eccitamento, rimangono completamente coscienti. D'altra parte però l'orientamento viene disturbato non raramente da idee deliranti. Gli infermi indicano in modo falso il luogo della loro residenza e i nomi delle persone,

scambiano la data, non per la incapacità di percepire e riflettere, ma perchè le loro idee deliranti sono più forti dei punti di appoggio dati ad essi dalle percezioni. Vero è che non sempre è possibile farsi un concetto chiaro di tali condizioni, perchè gli infermi o non danno alcun chiarimento, o lo danno talora « con intenzione » falsamente.

Gravi disturbi nel campo sensoriale sono frequenti nei nostri infermi per l'insorgere di disturbi *psico-sensori*. Specialmente nello sviluppo acuto o subacuto della malattia questi non sogliono mancare mai o quasi mai. Spesso anzi accompagnano l'intero decorso della malattia; più di frequente scompaiono in seguito gradatamente, per poi ricomparire in modo più grave, ma solo transitoriamente, negli stati terminali. Nel modo più frequente si manifestano le allucinazioni uditive, poi quelle visive e tattili, e specialmente la sensazione di essere compenetrato, toccato, influenzato. A volte le voci vengono udite dalle diverse pa ti del corpo. Un infermo scrisse:

Voce nell'orecchio destro: Mai »; p. e. qualo risposta al desiderio. Voce nel l'orecchio einistro: Stupido — Geeù — Dio » Voce nello stomaco. » Mascalzone, punto. Bene ». Voce nel naso: » Monaco; adagio ragazzi ». Voce nel cuore: » Ragazzo ». Voce nel basso ventre a destra: « Bue ».

Nell'inizio della malattia le allucinazioni sogliono essere di sgradevole contenuto e gli infermi sono vivamente inquietati da esse. In seguito vengono per lo più accettate con maggiore indifferenza, facendo astrazione dai transitori stati di agitazione. Alcuni infermi riguardano le allucinazioni quali prodotti artificiali, come una specie di teatro che venga rappresentato per loro e anche forse ci si divertono; altri ancora non ne fanno caso e solo se interrogati insistentemente dànno alcuni scarsi schiarimenti sul contenuto delle loro allucinazioni. Un infermo che divenne in seguito completamente demente scriveva le seguenti annotazioni.

« Se nel (albergo) principe Carlo avessi ricevuto una lira di mancia — io sarei un ragazzo vano — l'uomo earebbe stato in viaggio — ora ride anche il ragazzo io desidererei sapere solo perchè il ragazzo è lì — non è ancora alla fine — adesso non mi piace già più — ah! caro Dio il ragazzo mi fa pena — scrive abbastanza beno — ciò và come sulle ruote come il tutto si accorda — egli mette in ogni linea un'altra scrittura (infatti la scrittura era stata completamente cambiata) — l'ebreo non si può più salvare dal malcontento.

Spesso il contenuto delle voci, è completamente insensato e incoerente. Così un malato, che era nel resto completamente cosciente e ordinato, udiva continuamente frasi come le seguenti, che mostrano distintamente il fenomeno del permanere delle rappresentazioni:

« Poichè noi stessi possiamo sempre sperare, che noi dobbiamo lasciarci pagare altri pensieri. Se noi stessi volessimo saper volere chi con noi dovrebbe lasciare tormentare fino alla morte pazzescamente la testa di porco. No, noi stessi non siamo così stupidi e non ce ne occupiamo sempre quando dobbiamo lasciarci risparmiare il vivo. Perchè noi facciamo pazzescamente e dobbiamo noi stessi lasciarci appiccicare in modo stupidissimo ».

La *coscienza* degli infermi, se facciamo astrazione dagli stati terminali demenziali, rimane in molti casi completamente lucida. Solo negli stati di eccitamento e di stupore si giunge temporaneamente ad offuscamenti della coscienza, che tuttavia sono di solito meno gravi di quello che sembra a prima vista. Al contrario l' *attenzione* suole mostrare di regola gravi disturbi. Se anche transitoriamente si può ottenere dagli infermi una certa attenzione, esiste però nello stesso tempo non raramente una grande distraibilità, la quale rende impossibile una fissazione prolungata sul medesimo oggetto. Ma sopratutto manca completamente agli infermi l' *interessamento*, la tendenza cioè a prestare di proprio impulso la loro attenzione ai fatti che avvengono nel loro ambiente. Sebbene percepiscano abbastanza bene ciò che succede intorno a loro, pure non ne fanno caso, non cercano di afferrare e comprendere. Nel profondo stupore o nella demenza molto avanzata può divenire al tutto impossibile l' eccitare in un modo qualunque l' attenzione degli infermi. All' incontro col diminuire dello stupore si vede comparire a volte negli infermi una certa curiosità; essi osservano furtivamente ciò che avviene nella camera, seguono il medico da lontano, guardano attraverso le porte, ma si rivolgono altrove quando sono chiamati o guardano in altri luoghi quando si vuole mostrar loro qualche cosa. Sembra quindi che l' attenzione che nuovamente viene risvegliata, venga in simile casi tenuta a freno dal negativismo.

La *memoria* degli infermi è relativamente poco alterata. Essi possono, se vogliono, dare giusti schiarimenti sul loro passato, sanno spesso esattamente perfino da quanti giorni sono rinchiusi nell' asilo. Ciò che hanno imparato in scuola dura a volte con una meravigliosa tenacità fino al periodo della più profonda demenza. Io ricordo un giovane contadino completamente demente che innanzi alla carta geografica riusciva ad indicare senza indugio ove si trovava ogni città; un altro meravigliava per le sue conoscenze storiche; altri ancora risolvono con facilità difficili problemi. Anche la *capacità di fissazione* è spesso ben mantenuta. Veramente non di rado risulta dopo un profondo stato stuporoso che gli infermi non hanno nessun ricordo, o per lo meno un

ricordo molto indistinto degli avvenimenti trascorsi durante lunghi periodi; d'altra parte è per lo più facile imprimere, in infermi completamente incuranti di ciò che avviene, numeri o nomi che poi dopo giorni o settimane sono ripetuti giustamente. Vero è che spesso per il negativismo si ricevono dapprincipio false risposte, finchè poi con un interrogatorio insistente, riesce evidente che gli infermi avevano ricordato abbastanza bene ciò che loro si domandava.

Il *decorso ideativo* degli infermi suole sempre, più o men presto, soffrire sensibilmente. Anche se noi facciamo astrazione dalla confusione negli stati di eccitamento e dallo stupore, nei quali noi non possiamo seguire i processi intimi che si svolgono, si rivela di regola sempre più un certo *disordine* ideativo, come descriviamo minutamente più avanti. Nei casi più leggeri questo disordine si dimostra solo sotto forma di una aumentata distraibilità e in forma di andamento saltuario dell'idea nel passare là per là da un soggetto ad un altro, nell'intrecciare insieme frasi superflue e pensieri accessori; nel disturbo più profondo si sviluppa al contrario non raramente la confusione verbale con la completa perdita di ogni coerenza e con la formazione di neologismi. Veramente bisogna convenire che con tutto ciò il vero decorso ideativo è forse molto meno disturbato di quel che sembra, perchè gl'infermi secondo le circostanze non solo percepiscono bene, ma possono anche impiegare ciò che hanno percepito, e comportarsi presso a poco come soggetti ordinati. Quasi sempre noi riscontriamo nel resto del decorso ideativo degli infermi i segni della stereotipia, della fissazione di singole immagini, che periodicamente possono dominare tutto il loro campo mentale, in modo che per settimane e mesi ritornano sempre le medesime frasi. Frequentemente osserviamo anche la tendenza alla rima, a ripetizioni insensate di suoni, a forzati giuochi di parole.

Gravemente colpito è inoltre il *potere critico* degli infermi. Per quanto essi si muovano sicuramente ancora sulle vie conosciute, sogliono però non essere più sicuri quando si tratta di elaborare psichicamente le nuove osservazioni. Essi non comprendono più bene ciò che avviene intorno a loro, non abbracciano con lo sguardo lo stato delle cose, non riflettono, non trovano le spiegazioni più naturali e non si fanno alcuna obbiezione, perciò hanno spesso una idea completamente sbagliata della loro posizione e del loro stato. Se anche non raramente esiste una certa coscienza del cangiamento morboso che è in loro avvenuto, pure manca loro di regola la netta coscienza della gravità del disturbo e delle serie conseguenze che esso porta con sè per tutta la vita.

Molto frequente è lo sviluppo su questo terreno di idee deliranti transitorie o durevoli. Nel primo periodo della malattia tali idee sogliono essere di preferenza a contenuto triste: idee ipocondriache, di peccato, di persecuzione. In seguito idee di grandezza spesso sopraggiungono e talora addirittura predominano. Tutte queste idee deliranti mostrano di regola molto presto una impronta insensata, stravagante, verosimilmente per la debolezza psichica che si sviluppa rapidamente. Inoltre esse non sono immutabili, ma il loro contenuto viene cambiato più o meno rapidamente omettendo antichi elementi o aggiungendone nuovi. A volte gli infermi, malgrado certi tratti fondamentali permanenti, dimostrano quasi ogni giorno nuovi particolari deliranti, se si cerca di persuaderli si lasciano forse anche andare ad inventare qualsiasi altra idea delirante. Nella grandissima maggioranza dei casi le rappresentazioni deliranti, che dapprincipio sono molto abbondanti, scompaiono gradualmente e del tutto. Al massimo vengono mantenute ancora per qualche tempo isolate idee deliranti senza che vengano ulteriormente elaborate, oppure riappaiono nuovamente di tempo in tempo, o finalmente sono stabilmente dimenticate. Soltanto in quel gruppo di casi che noi riuniamo sotto il nome di forma paranoide, le idee deliranti si mantengono più a lungo, ma anche in tali casi divengono sempre più confuse e incoerenti.

Ma i disturbi più accentuati e più profondi che riscontriamo in questi infermi sono sempre quelli della *vita emotiva*. L'inizio della malattia è caratterizzato in modo quasi costante dal tono sentimentale triste o ansioso, a volte unito a vivo eccitamento. Più rari sono gli stati di allegrezza sfrenata, che vanno uniti ad un riso infrenabile, continuo. Però più importante che questi stati transitorii è *l'ottundimento emotivo* di grado più o meno elevato, che si verifica sempre, e che rappresenta uno dei tratti fondamentali di tutto il processo psicopatologico. La già mentovata mancanza di interessamento per tutto ciò che circonda il malato, dovrebbe essere riguardata quale parziale manifestazione di questo disturbo generale, in quanto che le interne ragioni per la tensione dell'attenzione hanno essenzialmente una origine emotiva. La caratteristica indifferenza degli infermi verso i rapporti emotivi antecedenti, lo spegnersi dell'affetto per i parenti e gli amici, dell'interessamento all'attività o alla professione, alle ricreazioni e ai piaceri, è non raramente il primo e più accentuato segno della iniziantesi infermità. Gli infermi, anche quando forse i movimenti espressivi sono ancora vivaci, non risentono più una vera gioia e una vera tristezza interna, non hanno nè desideri, nè timori, ma vivono indifferentemente alla giornata, ora fissando in modo apatico il suolo,

ora in una allegria senza motivo. Anche contro il malessere fisico sembra che siano divenuti più insensibili, sopportano senza farne gran caso posizioni incomode, punture di spilli, ferite. Spesso però l'unica speciale attrazione è costituita dal cibo. Si vedono gli infermi accogliere le visite dei loro parenti senza un saluto, o senza un segno di eccitamento emotivo, essi invece cercano in fretta nelle tasche di questi o nelle canestre gli alimenti, che sogliono divorare subito fino all'ultima briciola, mangiando a piena bocca. Anche negli stati terminali della malattia la completa indifferenza verso tutto quello che succede intorno a sè è un tratto fondamentale del quadro clinico. Con ciò può in alcuni casi andare unita una certa eccitabilità, che però si manifesta solo di tempo in tempo, raramente in modo duraturo.

Una manifestazione parziale dell'ottundimento emotivo è inoltre la perdita della compassione, del senso di convenienza, dello schifo e del pudore. Gli infermi non hanno più alcun riguardo al loro ambiente, non adattano più la loro condotta alla situazione nella quale si trovano, ridono in occasioni serie, sono scortesi e villani verso i loro superiori, perdono il contegno e la dignità personale; rimangono indifferenti alle disgrazie altrui, maltrattano forse anche con la maggior brutalità, per occasioni futili, gli altri infermi. Si urinano addosso, fanno i loro bisogni corporali nei piatti che servono per mangiare, prendono i cibi con le mani, sputano nel loro letto o sulle loro mani, mangiano scarafaggi e vermi, bevono l'acqua sudicia del bagno, oppure vuotano d'un sorso la sputacchiera ricolma. La mancanza di pudore si esprime nello spogliarsi senza alcun riguardo, nel raccontare senza ritegno rapporti sessuali. Spesso esiste realmente un vivace aumento dell'eccitamento sessuale, che si sfoga in discorsi impudichi, in richieste e proposte oscene, in un continuo onanismo impulsivo e senza riguardo.

Di pari passo con questi profondi disturbi della vita emotiva vanno le estese e multiformi manifestazioni morbose nel campo del *contegno* e della *condotta*, che hanno la maggiore importanza nel dare al quadro clinico la sua caratteristica impronta. Il fondamento generale sembra che sia anzi una diminuzione di tutti gli stimoli volitivi, che si dimostra spiccatamente nella mancanza assoluta di volontà agli stadi terminali, ma che spesso si manifesta distintamente sin dall'inizio. Gli infermi hanno perduto ogni stimolo proprio per agire e per occuparsi. Siedono senza far nulla, trascurano i loro affari benche siano forse ancora in grado, sotto eccitazioni esteriori, di occuparsi in modo ordinato. Accanto a questa incapacità per una attività autonoma, può svilupparsi in modo durevole o transitorio un impulso più o meno vivace al movimento, che

in qualche caso giunge fino alla agitazione più violenta. Ma anche in questo, come abbiamo già detto, noi abbiamo a che fare non con un aumento degli stimoli volitivi, ma solo con un eccitamento motorio; i movimenti non hanno di mira la realizzazione di determinati scopi, ma sono le manifestazioni inconsiderate di una tensione interna.

Veramente, insieme a questo eccitamento va unita, di regola anche una facilitata trasformazione degli impulsi motorii in azioni. Noi vediamo i nostri infermi sotto l'impeto di una idea repentina rompere i vetri, mettere le gambe fuori della inferriata, capovolgere i tavoli e le sedie, ferirsi, tentare il suicidio. Tutte queste azioni insensate sogliono venire eseguite repentinamente con grande violenza e con la velocità del lampo, appena insorge l'impulso. Per fare ciò mancano agli infermi determinati e logici motivi; essi agiscono impulsivamente, senza rendersi conto esatto dello scopo delle loro azioni, anche quando in seguito cerchino di motivarle con la riflessione.

Tale incapacità a sopprimere gli impulsi insorgenti si riscontra però non solo nello stato di eccitazione, ma spesso anche nello stato stuporoso della *dementia praecox*. Quest'ultimo stato viene dominato in genere dalla comparsa dell'*impedimento volitivo;* ciascun impulso viene spento subito da un altro impulso più forte di direzione contraria. In tal modo si manifesta il sintoma morboso del *negativismo*, che riscontriamo assai frequentemente e nelle forme più svariate. Ad esso appartiene la rigida resistenza dei malati contro ogni cambiamento di posizione, contro l'ingestione di nutrimento o contro il vestirsi, il chiudere gli occhi, il voltare la testa, il retrocedere e il fuggire quando sono chiamati, il ritenere feci, urine e saliva, il nascondersi sotto la coperta del letto, il non volere andare a letto, il mutismo, le risposte ricercatamente insensate, la repentina interruzione di movimenti e azioni cominciate, l'intrattabilità contro tutto ciò che si esige da essi. Anche questo negativismo, l'impronta e la intensità del quale cambia molto spesso e che del resto solo raramente può essere influenzato dall'esterno, può essere tutto ad un tratto interrotto da impulsi interni, sicchè gli infermi che sono rimasti immobili fino allora eseguiscono ad un tratto, con grandissima forza e rapidità, una qualunque azione insensata, e quindi, forse con eguale rapidità, ricadono nello stato precedente.

Talora invece gli impulsi una volta insorti non scompaiono di nuovo subito, ma si ripetono sempre nuovamente per un tempo più o meno lungo. Spesso è meravigliosa la ostinazione che gli infermi possono in tal modo dimostrare. A volte durante mesi cercano sempre con la maggiore violenza di uscire dalla medesima porta, benchè siano aperte

tutte le altre, si strappano i peli di tutto il corpo, stanno sempre inginocchiati allo stesso posto, girano circolarmente intorno. Specialmente pericolosi sono i tentativi che fanno a volte ininterrottamente di giorno e di notte per strangolarsi, per gettarsi a capo fitto dal letto, per arrampicarsi sulle porte onde poi lasciarsi cadere giù, per battere il capo contro le pareti o i tavoli. A queste forme appartengono tutte quelle svariate *stereotipie* di movimento e di contegno che formano lo strano quadro della catatonia, inoltre la *verbigerazione* e infine anche i *manierismi*, che per lo meno in massima parte, sono solo mutamenti patologici in forma più rigida, di azioni usuali. Il respirare, il parlare, lo scrivere, lo star fermo e il camminare, il vestirsi e lo spogliarsi, il dare la mano, il mangiare, i gesti non sono fatti nel modo usuale, libero, ma sono determinati, accompagnati, incrociati da altri impulsi accessori, che malgrado le multiformi diversità personali, pure dimostrano sempre alcune speciali modalità, che si ripetono in tutti e che specialmente nello stesso malato rimangono con grande tenacità per anni e decenni. Del resto questi fenomeni saranno descritti più particolarmente in seguito.

Con la grave alterazione della volontà, con la abolizione dei propri impulsi ed arresti dovrebbe finalmente essere in stretto rapporto il sintoma morboso dell' *automatismo al comando*, così frequente nella *dementia praecox*. Gli infermi, specialmente quelli in istato di avanzata demenza, sono in generale non solo docili sì da formare il nucleo indispensabile di quelle masse che si piegano docilmente all' orario uniforme dei grandi Manicomii, ma dimostrano anche spesso singolarmente i segni di una aumentata influenzabilità. In un grande numero di infermi noi riscontriamo temporaneamente o per tutta la vita la *catalessia* e anche molto spesso la *ecolalia* e la *ecoprassia*. Veramente l'insorgenza di tali disturbi è molto variabile, tuttavia esistono pochi infermi di *dementia praecox* che non abbiano presentato, in un qualunque periodo del processo morboso, l'uno o l'altro di questi segni.

Quale tratto fondamentale comune del quadro morboso noi possiamo, come giustamente ha di recente dimostrato STRANSKY, considerare la *perdita della unità interna* delle attività intellettive, emotive e volitive. Gli eccitamenti sensoriali non corrispondono al contenuto rappresentativo. Gl'infermi ridono o piangono senza apprezzabibile ragione, raccontano sorridendo i loro tentativi di suicidio, cadono per occasioni futilissime in vivaci scoppii di ansia o di furore. È proprio questa sproporzione tra rappresentazione ed emozione che dà al loro contegno l'impronta « di sciocco ». Una tale disarmonia caratterizza spesso la intera condotta degli infermi la quale non è, come nello stato normale,

l'espressione di opinioni o di indole, di impressioni, di riflessioni e di tono sentimentale, ma viene dominata e incrociata da impulsi inconsiderati, da contro-impulsi e da stimoli contrastanti. Da ciò dipende l'imprevedibilità, l'incomprensibilità e la *stramberia* nelle manifestazioni volitive, la cui dipendenza da motivi naturali e normali viene continuamente a mancare.

Nel campo dei movimenti espressivi si dimostra molto distinta la perdita della unità e della logica nel decorso dei processi psichici. Ciò vediamo nelle manifestazioni delle *paramimie*, cioè nella sproporzione tra tono sentimentale ed espressione del volto, nel piangere lamentosamente in circostanze gaie, nel ridere in circostanze serie, nell'associazione di lamenti e di risa, nel piangere in tono melodico, nel ballare mentre il volto è rigido come una maschera, ecc. Anche alcune altre manifestazioni, quali specialmente i capricci e i modi manierati, il muoversi e il parlare continuamente e forse anche la confusione verbale e i neologismi, sono da riunire sotto il punto di vista di un disgiungimento dei rapporti naturali tra processi ideativi, sentimentali e volitivi.

Molto spesso tale perdita dell' auto-determinazione si rende palese alla coscienza degli infermi, in quanto che essi si *sentono dominati da una volontà estranea*. Essi avvertono distintamente che le loro azioni non sono la conseguenza dei loro pensieri e delle loro aspirazioni, ma che essi debbono fare cose che in realtà non vorrebbero fare. Credono perciò di essere stimolati dall'esterno, ipnotizzati, magnetizzati, suggestionati da lontano « come un automa », credono di dover pensare, parlare, ridere, agire come vien loro imposto. Sono specialmente gli eccitamenti sessuali che vengono riportati dagli infermi a tali influenze esteriori. Coloro che influiscono in tal modo sono per lo più i nemici, a volte anche le autorità che sottopongono l' infermo a determinate prove. Un mio infermo supplicava spesso mentalmente i suoi nemici di cessare finalmente dal perseguitarlo; egli traversò anche la frontiera francese per vedere se le influenze si spingevano anche fin là. Quando si convinse che le correnti traversavano la frontiera, probabilmente con le ferrovie e col telegrafo, ebbe il desiderio di traversare il mare, affermando che si sarebbe ucciso se le influenze nemiche fossero state trasmesse a lui per mezzo di cavi sottomarini.

La *capacità al lavoro* degli infermi è senza eccezione sensibilmente colpita. Ad essi manca il bisogno di occuparsi; possono rimanere in letto senza far nulla per giorni e settimane, al massimo sfogliando un vecchio calendario o guardando fissamente gli avvisi di un giornale. Essi quindi debbono essere sempre stimolati, si arrestano davanti a

qualsiasi anche lieve difficoltà, non sanno adattarsi a cambiamenti di condizioni. Un mio infermo, che essendo sorvegliato copiava rapidamente per tutto il tempo che si voleva, non era capace, per quanto prima si cercasse di avvertirlo, di tener conto dei segni di richiamo intercalati nello scritto, invece copiava senza distinzione esattamente come gli si parava dinanzi. Altri sono capaci di ripetere molto esattamente lavori di cui già sono pratici, ma sono incapaci di compiere lavori nuovi. In questi casi si hanno spesso produzioni caratteristicamente strane, lavori manuali e disegni, nei quali, accanto alle traccie di abilità tecnica, si manifesta la perdita del senso estetico e la tendenza alla stravaganza. Anche nelle riproduzioni musicali si riconosce ugualmente la scomparsa della finezza artistica, che si manifesta suonando senza espressione o in modo strano.

Oltre ai disturbi psichici è anche da ricordare nel *campo somatico* tutta una serie di fenomeni morbosi, i cui rapporti con la malattia fondamentale non sono però in ogni punto determinati. Sopratutto sono da ricordare gli *attacchi*, che sono stati già descritti molto esattamente da Kahlbaum e da Jensen. Si tratta per lo più di perdita della conoscenza o di attacchi epilettiformi, che insorgono in questi infermi o una sola volta o frequentemente. Più rare sono le convulsioni in speciali distretti muscolari (viso, braccia), la tetania o anche attacchi apoplettiformi con paralisi di lunga durata; tuttavia mi è accaduto di verificarli alcune volte nell'anamnesi. Io stesso ho veduto una volta un grave collasso con movimenti convulsivi nella parte sinistra del corpo e nella parte destra della faccia. Non molto raramente uno di questi attacchi è il primo segno dell'infermità che si inizia. Così io osservai fra gli altri uno studente di una certa età che nella giovinezza si era specialmente distinto per la sua intelligenza, cadere improvvisamente in un profondo coma, dal quale si andò solo gradatamente risvegliando. All'infuori di una leggera differenza pupillare, del fenomeno del facciale e di un forte aumento dei riflessi non esisteva alcun fenomeno di origine cerebrale; pure l'infermo presentò, quando io ebbi ad esaminarlo alcune settimane dopo, il quadro manifesto di una precoce debolezza mentale, che anche oggi persiste. — Tutti questi fatti si verificano con maggiore frequenza, di circa il doppio, nel sesso femminile. Secondo le mie statistiche si riscontrano in circa il 18% di tutti i casi. Ma in tutta una serie di infermi si erano già presentati nella gioventù attacchi convulsivi o perdite della conoscenza, riguardo a cui si rimane in dubbio se siano o no in relazione con il disturbo mentale che si è poi verificato. In un caso osservai lo sviluppo di una grave catatonia dopo

che per lunghi anni si erano avuti attacchi indubbiamente epilettici, ai quali si unirono anche attacchi isteriformi. Anche in altri casi sono stati spesso osservati attacchi convulsivi e paralisi isteriformi, afonia, singulto, repentino irrigidimento del corpo, contratture di determinati gruppi muscolari e simili.

Disturbi molto caratteristici sono i fenomeni spastici che si manifestano a volte nei muscoli della faccia e in quelli che presiedono alla parola. Una parte di questi fenomeni è simile completamente ai movimenti mimici: corrugare la fronte, stirare gli angoli boccali, girare, spalancare e socchiudere gli occhi, in breve tutti quei movimenti che noi indichiamo col nome di smorfie *(grimaces)*; essi ricordano i corrispondenti disturbi dei coreici e non hanno affatto la loro origine da determinate rappresentazioni o da stati sentimentali. Della stessa categoria sono i rumori fatti con la lingua, i sospiri repentini, l'annusare, il ridere, il tossire. Inoltre noi osserviamo anche, specialmente nei muscoli delle labbra, contrazioni rapide o ritmiche, che non hanno in alcun modo l'impronta di movimenti volontari. Lo stesso vale per le oscillazioni dei muscoli periorali che a volte si verificano nel cominciare a parlare, e che sono completamente simili a quelle che si manifestano nei paralitici. Molto spesso si rilevano in questi infermi persistenti moti coreici caratteristici, che si sogliono designare colla denominazione di « atassia atetoide ». In due casi si manifestarono durante uno stato di profondo stupore distinti disturbi afasici. Gli infermi non erano in grado di riconoscere e di chiamare col loro nome gli oggetti che si presentavano loro, benchè potessero parlare e cercassero con grande fatica di dare ad essi il loro nome. Ripetutamente dopo avere a lungo pensato dicevano nomi sbagliati; il disturbo scomparve dopo poche ore.

I riflessi tendinei sono di regola aumentati, sposso anche molto considerevolmente; a volte si riscontra una aumentata eccitabilità meccanica dei muscoli e dei nervi, e battendo sul ventre muscolare compaiono talvolta dei noduli. Le pupille sono spesso molto dilatate, specialmente negli stati di agitazione; in alcuni casi si osserva distintamente una differenza pupillare, cho però cambia rapidamente, ed anche oscillazioni dei bulbi oculari. Io ho molto spesso rilevato le modificazioni della reazione pupillare descritte da Sérieux, pure non oserei trarne determinate conclusioni per le facili sorgenti di errore di simili esami. Bumke recentemente riscontrò la mancanza della dilatazione riflessa agli eccitamenti psichici e nervosi, come pure della mobilità pupillare sotto l'influenza mutevole dei processi psichici. La sensibilità dolorifica sembra che sia non di rado diminuita, sebbene an-

che la mancanza dei movimenti di difesa non possa sempre essere spiegata in tal senso. Molto frequenti sono inoltre i disturbi vasomotori: cianosi, edemi circoscritti, dermografia di tutti i gradi, specialmente al principio degli stati stuporosi; in alcuni casi esiste abbondante sudore. La secrezione salivare è spesso aumentata, per lo più solo transitoriamente, più raramente in modo durevole; così io ho potuto in un infermo raccogliere in 6 ore 375 ccm. di saliva. L'attività cardiaca va soggetta a grandi oscillazioni, a volte è rallentata, più frequentemente è accelerata, spesso è anche debole e irregolare. La temperatura del corpo è per lo più diminuita; una volta la vidi cadere fino a 33,8. Le mestruazioni sogliono scomparire o divenire irregolari.

Molto spesso ho osservato un diffuso ingrossamento della *glandola tiroide;* alcune volte la scomparsa di questo ingrossamento fu in diretta relazione con le prime manifestazioni morbose; inoltre ho osservato ripetuti e rapidi cambiamenti nella grandezza della glandola durante lo sviluppo della malattia. In alcuni casi si manifesta anche esoftalmo e tremore. Finalmente noi, come anche i parenti degli infermi, osservammo non raramente ispessimenti mixoedematosi, specialmente del volto. Sfortunatamente, per la frequenza dei casi di cretinismo nelle nostre regioni, simili reperti non si possono utilizzare. Molto frequentemente sembra che esistano stati anemici e clorotici. Nelle urine è stato riscontrato una volta lo zucchero; una volta si è avuta poliuria.

Il *sonno* degli infermi è spesso, durante lo sviluppo della malattia, disturbato, anche se essi sono tranquilli. L'ingestione dei cibi oscilla dal completo rifiuto di nutrimento fino alla più intensa voracità. Il *peso del corpo* suole dapprincipio diminuire spesso molto considerevolmente fino ad un estremo dimagramento, anche malgrado una nutrizione abbondante; in seguito noi vediamo al contrario che il peso aumenta in modo straordinariamente rapido, sicchè gli infermi in breve tempo acquistano un aspetto ben nutrito, quasi rigonfio. La prima delle curve che qui riportiamo dimostra l'andamento del peso del corpo nel decorso ordinario di uno stupore catatonico con esito in una demenza di medio grado. Malgrado che dopo la cessazione dello stupore si sia manifestato un leggero eccitamento, il peso del corpo aumentò assai. La figura 7 fu presa da una inferma che, malgrado una cura premurosa e una nutrizione abbondante, morì senza alcuna malattia organica nel più profondo marasma. La figura 8 infine mostra in uno stato iniziale di catatonia una serie di oscillazioni sufficientemente regolari, che ogni volta andavano unite ad un alternarsi di stupore e di grande lucidità. In seguito questa regolarità scomparve e si giunse ad uno stato permanente di demenza.

La descrizione clinica particolareggiata del gran campo della *dementia praecox* incontra una considerevole difficoltà, perchè una limitazione dei diversi quadri morbosi può essere solo artificialmente eseguita. Vero è che esiste tutta una serie di quadri che si ripetono frequentemente, ma tra questi vi sono passaggi così numerosi che, malgrado tutti gli sforzi, sembra ancora oggi impossibile rimettere senza obbiezioni ogni caso in una forma determinata. Malgrado ciò noi possiamo appena concepire che l'enorme numero di casi che oggi facciamo rientrare nella « grande categoria » della *dementia praecox*, appartenga ad un unico processo morboso. Ci mancano ancora completamente i punti di vista secondo i quali potrebbe aversi un soddisfacente aggruppamento del materiale. Poichè però la nostra conoscenza dei più grossolani fatti di osservazione clinica in questo campo è ancora così superficiale e non si può parlare affatto di una conoscenza più profonda etiologica, psicologica o anatomica della malattia, così non esiste alcun motivo per ammettere che sia addirittura impossibile di scomporre tutta la farragine delle osservazioni in un grande o piccolo numero di forme morbose ben delimitate, e quindi che si debba abbandonare la denominazione collettiva invero molto contestata e molto contestabile di *dementia praecox*, che ha solo un valore esplicativo e provvisorio. Accenneremo in seguito ad una delle vie che potrebbero condurre a ciò. Fintanto che manchino le basi per la costruzione di un migliore sistema ci sia permesso di mantenere l'aggruppamento fino ad ora usato, che vuole essere soltanto chiaro, ma non pretende avere un valore clinico assoluto.

Fig. 7 — Prova di scrittura Stereotipia catatonica.

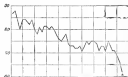



Fig. 8. — Prova di scrittura. Confusione catatonica.

Forma ebefrenica. — La prima esatta descrizione, e nel suo genere veramente classica, di alcune forme della *dementia praecox* la dobbiamo ad Hecker (1), che nel 1871, in seguito alle osservazioni

(1) Hecker, *Virchow's Archiv LII*, 394.

di Kahlbaum, descrisse sotto il nome di *ebefrenia* quei casi nei quali, dopo uno stadio iniziale melanconico, si sviluppa uno stato maniaco, che poi passa rapidamente ad un caratteristico stato demenziale. Come ebefrenia in questo senso sarebbe da indicare solo una piccola parte delle osservazioni riunite sotto il nome di *dementia praecox*. Daraszkiewicz (1) ha in seguito allargato il concetto dell'ebefrenia, in modo da inchiudervi anche le gravi forme che conducono a profonda demenza. Poichè questa estensione della denominazione sembra che prenda piede, anche noi raccoglieremo sotto il nome di ebefrenia in modo generale tutte quelle forme di *dementia praecox* nelle quali *gradualmente o in seguito alla manifestazione di un disturbo psichico subacuto, più raramente acuto, si manifesta uno stato di debolezza mentale di maggior o minore grado.*

L'ebefrenia, come già indica il nome che significa «pazzia giovanile», è in generale una malattia della prima età, specialmente dell'epoca dello sviluppo. Con sufficiente frequenza i primi segni della malattia si lasciano riconoscere fino dai 16, 14, 12 anni di età, e anzi alcune osservazioni rendono verosimile il fatto che forse anche certi stati di debolezza psichica che si manifestano nella prima fanciullezza debbano venir riguardate quali manifestazioni dello stesso processo morboso. Lo svolgimento dell'ebefrenia può avvenire in modo così impercettibile e con segni così indistinti, da non essere poi più possibile stabilire il momento del vero inizio della malattia. Molti di questi malati non vengono affatto sotto la cura dell'alienista, perchè il cambiamento viene considerato dai parenti non come assolutamente morboso, ma solo come il risultato di uno sviluppo infelice e anzi forse anche come un colpevole difetto nel carattere. Si tratta in tali casi di una graduale diminuzione della capacità di produzione evolventesi fino allora in modo usuale, dell'atrofia di una personalità psichica in un determinato periodo di tempo.

Forse è da ricordare a questo punto un piccolo gruppo di casi caratterizzati da uno sviluppo graduale di una semplice *demenza ipocondriaca*. In tali casi il fatto più apprezzabile è il senso, che risulta sempre più intensamente, della incapacità psichica e somatica associata a varie sensazioni morbose, il quale fa sì che gli infermi rinunzino gradualmente, e in modo durevole, a qualunque attività. Contemporaneamente essi divengono dal punto di vista emotivo ottusi, indifferenti, fiacchi, senza che si abbiano disturbi psico-sensoriali o accentuati delirii.

---

(1) Daraszkiewicz, *Uber Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form. Diss.* Dorpat, 1892.

Di regola però l'inizio delle malattie è preannunziato da disturbi più evidenti: dolori di capo, insonnia, vertigini, profondo cambiamento dell'indole dell'infermo. Egli diviene silenzioso, rinchiuso in se stesso, turbato, ritroso, cupo, laconico, talvolta anche irritabile, scortese, ostinato, prepotente, o senza alcun motivo allegro e sfrenato. Il lavoro non gli riesce; è trascurato nelle sue occupazioni, spensierato, distratto, smemorato, a lui non interessa più se una cosa viene o no condotta a termine, ma sta seduto in un angolo senza far nulla, come meditando, fissa lo sguardo indifferentemente innanzi a sè, giace per interi giorni a letto. Altri infermi mostrano una certa intima irrequietezza e instabilità; non possono stare a lungo in alcun posto, girano, corrono senza scopo, senza meta determinata anche di notte, si pongono in viaggio senza meta e senza danaro. Talvolta nell'inizio questo stato lascia rilevare distinte oscillazioni, cioè l'alternarsi di periodi di miglioramento e di peggioramento. Può aversi un decorso anche a periodi, costituito o da leggeri stati depressivi, che si ripetono dopo un tempo più o meno lungo, divenendo gravi e scomparendo di nuovo, oppure da un alternarsi di periodi di abbattimento e periodi di eccitamento, che possono essere scambiati con lo sviluppo di una psicosi maniaco-depressiva. Nelle donne, alcune volte molto tempo prima dello sviluppo dell'infermità, sono stati osservati leggieri stati di eccitazione durante le mestruazioni.

Un po' più raramente l'inizio dell'infermità è caratterizzato da un *tono sentimentale* accentuatamente triste.

Gli infermi si mostrano abbattuti, scoraggiati, ansiosi, diffidenti, soffrono di nostalgia, vivono appartati, fissano lo sguardo nel vuoto, hanno pensieri di morte, tentano improvvisamente il suicidio, spesso in modo stranissimo: uno dei miei infermi si versò addosso il petrolio a cui poi dette fuoco. A ciò si associano molto frequentemente rappresentazioni ipocondriache. Gli infermi hanno il senso del cambiamento che è avvenuto in loro, si lamentano di debolezza, di disturbi digestivi, di incapacità al lavoro, di nervosismo, hanno come il senso che lo sperma salga per il midollo spinale, leggono libri di medicina, riportano la loro malattia all'onanismo, tentano ogni sorta di cure. Uno dei miei infermi sprofondò nello studio degli opuscoli intitolati: « Come si può divenire forti? » e « Consigli per divenir sani »: si occupò con zelo di ginnastica e ogni giorno guardò metodicamente per quanto gli era possibile il sole per migliorare in tal modo la sua salute. Di regola esiste anche una certa diffidenza verso l'ambiente, il senso di essere osservato, negletto, trattato male, burlato. Sopratutto è sorprendente la ottusità emotiva con cui le rappresentazioni morbose vengono esposte e sostenute.

Il quadro morboso si arresta in molti casi a questo punto dello sviluppo. In un decorso più grave invece sogliono sopravvenire *disturbi psico-sensoriali*. Durante la notte appariscono Dio e Cristo, una figura fiammeggiante, una croce alla parete, angeli volano per la camera, topi, formiche, diavoletti scappano dal letto. Gli occhi sono abbagliati con specchi; nelle costellazioni compare lo stemma nazionale; neri uccelli di morte passano volando. Alle orecchie risuonano cinguettii, campanelli, rumori e sussurri, fracassi, musica: « mormorii e voci di spiriti simili alle naturali », voci bisbiglianti di tutta l'umanità. Il fonografo di Edison parla; sono pronunciate accuse e minacce (« colui mangia e non lavora »; « gli sarà tolta la pelle »; « andrà al Manicomio »; « per lui si deve pregare molto »); i proprii pensieri divengono noti e percepibili a tutti, discussi e criticati da chi gli stà d'intorno. Si sentono odori di zolfo; vapori cattivi si sprigionano nella camera; i cibi hanno il sapore di veleni e di sporcizie; il letto è sospeso in aria. Dentro i genitali si sente una voce, qualche cosa tira nel midollo spinale, il corpo sembra raddoppiato.

Un quadro molto evidente di tale condizione morbosa è dato dalle frasi seguenti di una auto-descrizione di un giovane musicista ammalatosi acutamente e divenuto rapidamente demente; tale descrizione venne scritta dall'infermo per proprio impulso cinque settimane dopo l'inizio della malattia:

« Nella notte susseguente io fui elettrizzato. Ciò deduco dal fatto che alla mattina seguente io sentii dolori caratteristici e contrazioni e perchè alcuni giorni fa da un apparecchio elettrico, che mi ha procurato ogni genere di depressioni e di pensieri e mediante il quale ogni pensiero viene compreso, mi sono inteso gridare: noi lo abbiamo elettrizzato... Poichè si supponeva che io fossi un grande delinquente o anzi un anarchico (!), fui esaminato più volte e con grande dolore con la elettricità sullo stato della mia conoscenza. Da quel giorno io ho nella testa storie orribili di assassini e di briganti, le quali, tanto più perchè io so che l'apparecchio ancora lavora contro di me, non possono essere assolutamente combattute. Se io avessi avuto l'idea di venire così lungamente tormentato, avrei fin dal primo giorno cominciato a scrivere questa tortura veramente strana, ora sfortunatamente io ne ricordo solo una parte. Io noto tutto ciò perchè presentemente sono immensamente infelice. Sento che dall'apparecchio io vengo sempre più distrutto psichicamente, e ho già spesso pregato che si togliesse la comunicazione e mi si restituisse il mio naturale modo di pensare, perchè altrimenti in breve tempo potrebbe facilmente avvenire una catastrofe. Del resto mi sembrò che nei primi giorni anche papà e mammà fossero elettrizzati e ciò io ho capito distintamente dai movimenti e dalle espressioni dei miei genitori in mezzo ai miei pensieri spesso tremendi... Io debbo ricordare qui un altro punto che mi fece comprendere bene che l'apparecchio ancora funzionava. Voglio dire dei cattivissimi odori che non so come mi venivano di tempo in tempo trasmessi. Anche quando il medico mi visitò si sprigionarono si-

mili odori pestiferi tanto che il signor dottore retrocedette spaventato... Una sera mi fu gridato dall'apparecchio: noi supponiamo che sia lei l'assassino della imperatrice di Austria (!!!)... Mi fu per via elettrica suggerito che io voleva uccidere L, e poichè io rimasi alcun tempo senza parola mi fu gridato dall'apparecchio: Ella ha fatto un grande fiasco... Quando io dopo di ciò ebbi a subire dolori terribili — la corrente elettrica passava, come già antecedentemente, attraverso tutto il mio corpo — mi fu gridato: ora verrà fatta di lui giustizia sommaria (!!). . Specialmente l'ultima parola (anarchico) mi si avvolse addirittura per alcuni minuti intorno al capo; in qual modo i miei pensieri vengano compresi tutti così bene, e come a me vengano ripetute intere frasi dall'apparecchio — mentre io so certamente che in grandissima parte non sono i miei propri pensieri — è per me un grande enigma. Deve essere un apparecchio complicatissimo che mi faceva cambiare di umore ora serio ora allegro, mi faceva ridere, piangere, essere rabbioso, umoristico — alcune volte era anche una finta allegria come ho bene compreso — amabile, burbero, energico distratto (ciò molto spesso), attento, oppure i pensieri restavano fissi ad un punto fino alla incoscienza, anzi fino alla pazzia — io mi ricordo di una sera nella quale in realtà non sapeva ciò che pensava — oppure mi rendeva malinconico, confuso. Questo apparecchio originalissimo è anche capace di procurarmi repentinamente il sonno o di toglierrmelo, di svilupparmi dei sogni o farmi svegliare ogni momento; con maggiore tensione della corrente elettrica è capace di indurmi ad ogni genere di pensieri, come anche di fissare il pensiero ad un determinato punto, inoltre di deviarmi i pensieri e persino di suggerirmi qualunque movimento. La mia psiche è talmente eccitata che principalmente nello svegliarmi alla mattina mi vengono i pensieri più inverosimili, io cerco combatterli con estrema energia, ma non vale la migliore volontà fin tanto che l'apparecchio è in azione ed io debbo sempre ricordarmi, tanto più che i pensieri mi vengono addirittura estratti. Anche nella lettura, qualunque essa sia, io non posso fare attenzione sufficiente al contenuto del libro e quasi ad ogni parola mi viene un pensiero accessorio... Desidererei anche stabilire un altro punto: voglio dire di un riso talmente esagerato che mi ha già spesso non dico tormentato, ma toccato straordinariamente e che quasi non ho potuto combattere. Questo riso che non è affatto doloroso, mi fu imposto proprio quando pensai qualche cosa di specialmente stupido. Quando si legge tutto ciò sembra che siano le maggiori stupidaggini che mai siano state scritte; io però non posso dire altro se non che io ho sentito veramente tutto ciò, ma disgraziatamente non l'ho compreso. Ciò comprenderà forse bene solo colui che fu già tormentato come me da un simile apparecchio; altri schiarimenti potrà solo dare una persona competente ».

Come già è stato accennato insorgono anche spiccate *idee deliranti*, che a volte stanno in prima linea nel quadro morboso. Esse sogliono innanzi tutto avere un contenuto piuttosto triste. L'infermo ha la colpa di tutto, è un grande peccatore, un assassino, un traditore della patria, ha fatto testimonianze false innanzi al tribunale, si è masturbato; è stato condannato, è caduto in peccato, è stato giudicato per l'eternità; merita di essere bruciato; gli sembra « come se il diavolo lo voglia prendere ». Egli viene preso di mira, screditato, stregato, deve venire ucciso, è ritenuto una spia, è stato gettato in una fossa insieme a rospi e pezzi di vetro; sarà sodomizzato. I parenti che

l'hanno visitato non erano veri, ma contraffatti. Gli si mette veleno nei cibi, acqua di muschio, « sugo di chiodi di scarpe e potassa », gli si aspira il sangue, gli si sporcano i capelli di fango, si deturpa il suo volto, gli si fanno i pensieri, si influisce artificialmente sulle sue azioni, gli si suggeriscono le parole. Lo sperma gli viene estratto, gli viene gettata in volto la natura. Le donne si vedono perseguitate dagli uomini, vengono cloroformizzate e disonorate di notte, vengono loro rubati gli organi sessuali, « vien loro tolta la natura, » sentono la gravidanza e il parto. Il ventre si distrugge; le articolazioni scricchiolano; i piedi si rompono; il sangue non circola; internamente tutto è bruciato e putrefatto; tutto è seccato. L'infermo non ha più stomaco e intestini, ha nel petto un diamante di vetro, un nido di vespe, un campanile, sente scivolare all'interno 1000 bambole.

In seguito, generalmente, le idee di grandezza prendono il sopravvento, in alcuni casi già fin da principio. L'infermo ha avuto una grande eredità dallo Scià di Persia, ha da esigere molto danaro, possiede una stanza piena d'oro, discende dall'imperatore di Germania, è il personaggio più importante della Germania, re di Ungheria, figlio di Dio, Adamo, è circondato da principi e imperatori. Egli è inviato da Dio, parla con Lui, ha un altissimo incarico, deve liberare l'umanità, vuole andare alla grande armata, divenire pastore, attore, ha 22 mogli, ha, di notte, contatti con la Vergine Maria, possiede le chiavi dell'inferno. Le donne inferme sono fidanzate ad alti personaggi, figlie dell'imperatore, angeli, regine del cielo, devono divenire principesse, ricevono abiti ricamati d'oro; tutte le notti hanno « accoppiamenti divini spirituali ».

Spesso in questi casi i sogni sono utilizzati addirittura come idee deliranti, oppure si ha un favoleggiare del tutto stravagante. L'infermo è stato in cielo, è stato rapito da una strega, esiste dal principio del mondo, le sue origini sono dal paese di Giobbe, antecedentemente era sul trono imperiale, centinaia di anni prima era medico militare in America, dice di essere una « aurora boreale » o il monte « Horeb », appartiene ad una « cometa », fantastica sul « papa nuovo » sul « pugnale con la carta di nozze », sul « bastone da caccia dei socialisti » ecc. In tutto il mondo vi è guerra, la Germania è bruciata; in questo anno non è venuta la Pasqua; viene il fulmine. Non sono neppure rare idee insensate di gelosia. Regolarmente però simili vaneggiamenti, molto numerosi all'inizio, diminuiscono dopo alcun tempo. Essi cambiano, divengono sempre più scarsi e finalmente scompaiono completamente o fino a rimanere residui meschini, incoerenti, che solo raramente in seguito a ripetute domande o nei periodi di eccitamento vengono ancora ricordati.

Spesso come nella su riportata autodescrizione, risalta una distinta, ma falsificata *coscienza della malattia*. La testa è strana, vuota; l'intelligenza è andata perduta; ragione, intelletto e senso sono volati fuori del cervello, così pure i pensieri, « la testa è stupida e confusa », non può più pensare, non può fare la sua volontà, soffre di rammollimenti cerebrali; la memoria è diminuita. L'infermo è pazzo, non più come prima; la sua vita non ha alcun valore, nessuno può aiutarlo. In seguito questo senso di malattia suole scomparire, oppure ritornare sotto stranissime forme, specialmente associate a idee di persecuzione, al delirio che per mezzo di influenze nemiche tutto il corpo sia stato rovinato, la complessione indebolita, il cervello asportato.

La *coscienza*, l'*orientamento* e l'*ordinamento* del *pensiero* suole rimanere presso a poco intatto nelle forme a sviluppo graduale, mentre negli stati morbosi acuti possono insorgere temporaneamente stati di oscurità e di confusione. Tutto sembra all'informo come trasformato; i suoi pensieri si confondono; egli sbaglia le persone, si sente « contornato da una rivoluzione di perfidia », è « come assente di spirito », non sa dove si trova, tiene discorsi incomprensibili e incoerenti con espressioni strane e con neologismi, scrive lettere insensate. La *memoria* è di regola relativamente poco disturbata. Il ricordo degli avvenimenti, l'ordine cronologico di questi, le cose imparate a scuola permangono abbastanza bene; solo nel successivo decorso della malattia si ha a poco a poco una progressiva atrofia del patrimonio rappresentativo. La *capacità di fissazione dei ricordi* è mantenuta, ma l'infermo non ne fa uso, perchè egli non sente nessun bisogno di fissare alcuna cosa in mente. Questa perdita della eccitabilità psichica, dell'impulso al pensiero e alla osservazione, è forse la causa più importante a far si che non solo non vengono più raccolte nuove impressioni, ma anche le vecchie sempre più scompaiono, perchè non vengono mai rinfrescate e richiamate alla memoria. Così avviene che qualunque fatto possa a volte risvegliare ancora nell'infermo una grande quantità di rappresentazioni che erano sembrate da lungo tempo perdute e che in ogni modo non erano più da lui padroneggiate.

Molto più rapida e più profonda della lesione della memoria dovuta alla malattia, è la lesione dell'*intelligenza*. Fin tanto che il pensiero prende vie abituali questo disturbo forse non appare tanto evidente, ma esso si mostra distinto nella scarsità e nella uniformità dei processi ideativi, nelle idee deliranti insensate e confuse che vengono esposte con grande tranquillità da infermi coscienti; si dimostra anche nell'incapacità a lavori psichici, a riflettere, a riconoscere le contrad-

dizioni, a ritrovarsi in nuove condizioni di vita e finalmente nella irrazionalità e nella mancanza di senno delle loro azioni. Così noi vediamo spesso gli infermi rimanere seduti con i loro libri, ma non comprendono più nulla; commettono i più grossi sbagli, sono completamente incapaci a proseguire i cómpiti assegnati, che antecedentemente non offrivano loro alcuna difficoltà.

Il tono fondamentale dell'*umore* è costituito in generale da ottusità e da indifferenza emotiva. Tuttavia, specialmente nei primi periodi, avvengono a volte vivaci oscillazioni dell'equilibrio emotivo, che si distinguono per la repentinità del loro insorgere, come anche per la loro indipendenza da cause esterne o da rappresentazioni. Nel modo più frequente la depressione, l'ansia, lo sconforto, il cattivo umore, l'irritabilità si cambiano a volte tutto ad un tratto in un aumentato sentimento di sè e in una allegria sfrenata. Molto comunemente sono rilevabili negli infermi vivaci sentimenti sessuali; essi desiderano ardentemente l'amore, vorrebbero abbracciare tutto il mondo, si masturbano, invitano al coito. A volte la malattia si inizia con l'insorgere di vivaci sentimenti religiosi; gli infermi pregano, leggono libri sacri, si confessano, si comunicano, parlano a base di sentenze bibliche, vogliono rinchiudersi in un chiostro, votarsi alla cura degli infermi. In seguito le accentuazioni emotive diminuiscono sempre più; anche le più mostruose idee di grandezza e di piccolezza sono espresse con indifferenza e senza interne emozioni. L'infermo non si prende pensiero del suo stato, della sua condizione, accetta tutto tranquillamente, si sottomette senza difficoltà agli ordini stabiliti; le visite dei parenti più stretti, i ricordi della antecedente attività non hanno più influenza su di lui. Senza preoccupazioni per il futuro, senza fastidi, senza desideri chiari, senza piani determinati, egli, vive spensieratamente alla giornata, ora senza interesse e indifferentemente, ora in una attesa indistinta e piena di speranze di un qualsiasi avvenire di fortuna.

Nel *contegno* degli infermi si riconosce o una grande pigrizia e difficoltà, o manifestazioni assolutamente puerili, sciocche, quali conseguenze della disarmonia tra riflessioni, tono sentimentale e impulsi. La loro volontà non è ferma, non è libera, in un momento insensatamente testarda, nel successivo momento, senz'altro docile e dominabile. Essi trascurano il loro esteriore, vivono irregolarmente, si limitano a prendere determinati cibi, smarriscono oggetti importanti, dimenticano i loro doveri e si dimostrano affatto incapaci ad una attività durevole e indipendente. A volte insorge tutto ad un tratto il progetto di iniziare una professione più alta, specialmente artistica. Uno dei miei

infermi che non aveva mostrato mai tendenza alla musica, si sentì tutto ad un tratto la vocazione di studiarne la teoria; un altro volle divenire poeta e si preparò a ciò copiando Goethe e Schiller. Per gli immancabili insuccessi gli infermi cambiano spesso i loro impieghi, vengono dovunque congedati, biasimati, capitano in cattiva compagnia, bevono, sciupano il loro danaro, fanno viaggi senza scopo anche fino in America, perdono il loro tempo, divengono vagabondi e mendicanti, tornano a casa laceri e mal vestiti, finchè alfine la morbosità del loro stato viene riconosciuta.

Spesso commettono azioni sciocche e incomprensibili: incendiano, cercano di disseppellire cadaveri, predicano, suonano le campaue, si nascondono, fanno il bagno vestiti, baciano il pavimento, si spogliano per strada, si gettano a terra con le braccia aperte, scrivono lettere d'amore a persone completamente sconosciute. Un infermo andò in alcune case signorili e fece alle signore proposte sessuali, perche aveva saputo da voci che egli doveva servire da « stallone ». Un altro che con grande fatica era diventato maestro delle scuole comunali, appena impiegato si dimostrò tutto ad un tratto completamente incapace a tenere la scuola e invece di dare lezione si mise a giuocare a rimpiattarello con gli scolari, si mise, « per chiasso », nella mangiatoia di una stalla, mise la testa in una fontana, dicendo che aveva ancora bisogno di battesimo per i suoi grandi peccati. Un portalettere che aveva prestato servizio fino al momento che si manifestò la malattia, sottoscrisse un giorno una lettera ufficiale col nome di « generalissimo », chiese l'elmo e l'uniforme da generale, disse di essere figlio dell'imperatore Guglielmo, e dalle unghie di un suo superiore riconobbe che questo era suo fratello. Un altro infermo, tutto ad un tratto, senza alcuna ragione, tentò di colpire col coltello una sorella, perche gli « era venuto il pensiero di far ciò ». Nei soldati si sono riscontrate mancanze disciplinari, riso incorreggibile nelle file, diserzioni. Le inferme si abbandonano alla prostituzione, si dànno al primo venuto, lasciano che i ragazzi abusino di loro sulla strada pubblica.

Sposso sono stati osservati accenni di caratteristiche catatoniche, smorfie, manierismi nel mangiare e nel dare la mano; prendere il cibo altrui, nascondersi nel letto di altri, salivare, grugnire, strisciaro e cullarsi ritmicamente, stirarsi i vestiti e le dita; catalessia, ecolalia, ecoprassia, inoltre attacchi isteriformi, repentino « irrigidire delle membra », grida monotone, perdita di coscienza con rotamento degli occhi, spasmo respiratorio e riso spasmodico.

Appunto le *risa* senza ragione, come era ricordato anche nell'autodescrizione riportata, e che possono ripetersi ad ogni discorso innu-

merevoli volte senza la menoma ragione, sono le manifestazioni concomitanti più sorprendenti della *dementia praecox*. Il riso non ha la sua ragione d'essere in un tono sentimentale gaio; al contrario si sente molto spesso dire agli infermi che la « febbre del ridere » viene in modo coatto, anche contro la loro volontà.

A volte i malati bisbigliano o dicono ad alta voce monologhi, ovvero debbono, come mi disse un infermo, dire a sè stessi cose insensate, prorompono in grave ingiurie contro sè stessi, si danno schiaffi a destra e a sinistra; e intanto sono per lo più inaccessibili alle domande, danno poche o punte informazioni sul loro stato. Inoltre nel campo delle *espressioni verbali*, riscontriamo un modo affettato di parlare, una specie di studiata declamazione, frequente uso di diminutivi, ripetizione continua di determinate frasi, vieti motti di spirito, frasi rimate, un circonvoluto rigiro di parole, un bisbigliamento studiato, un miscuglio di parole strane e di sentenze dialettali o di parole straniere, accenni di confusione verbale. Alcune di queste caratteristiche sogliono anche più manifestamente risaltare negli *scritti* dei malati. Da ciò proviene una certa rilassatezza e incoerenza nel corso delle idee, un cambiamento frequente della costruzione in frasi lunghe, una mescolanza di imagini diversissime, una frapposizione repentina di idee che insorgono istantaneamente, di frasi rimate, spesso anche una forma trascurata, un carattere poco uniforme, abbellimenti di alcune lettere, parole sottolineate, mancanza od abbondanza di punti esclamativi, un contenuto monotono, che si ripete spesso parola per parola. Un esempio di ciò dà il seguente frammento di una lettera di un infermo:

Quando tu il 19 Maggio dell'anno, cioè una bella Domenica di dopo pranzo facesti il progetto di onorarmi per ferrovia della tua stimata visita nella Clinica Psichiatrica di H. per indirizzo del sig. Dr. Prof. K. WOSSTRASSE N.° 4, allora tu forse credesti di fare un grande piacere al tuo caro e bravo figlio nel vis tarlo al manicomio! — Oppure no?! — Se io poi ricapitolo di nuovo le molte ingiustizie e le ingiurie che io lanciai alla mia cara mammà, non credo poter fare a meno di confessare che avrei piuttosto da attendere una visita da parte materna. Dato cioè il caso che la su ricordata non solo avesse dovuto essere stata malata, ma lo fosse stata per davvero, allora la mia meschina persona nel suo caso avrebbe urgentemente consigliato a lei una visita al suo primogenito. Ora poichè *fortunatamente* il mio 22.° natalizio coincidette con l'Ascensione di Cristo, come Dio ed il destino lo volle, ma dovetti passarlo nel manicomio, allora la visita personale di mia madre, mi procurò una grande gioia, però momentanea, perchè essa con amore materno mi fece l'onore ed il piacere di portarmi un altro dolce e di promettermi una catena di argento, ma tuttavia una consolazione visibile non volle nè potette essere per me la sua visita per la vecchia ragione, cioè la scontentezza di mio padre sulla mia diligenza a casa riguardo alla scrupolosità. Inoltre ringrazio anche di tutto cuore per la bella cartolina artistica con le firme della famiglia G. in questo caso se suo membro principale sta nel manicomio? ecc. »

La superficialità del contenuto, la mancanza di intelligenza, la ricercatezza nel modo di esprimersi, la confusione del decorso ideativo, di questo scritto dimostrano la profonda incapacità psichica dell'infermo, in origine molto intelligente, e che sta in forte contraddizione con la sua educazione. Un altro infermo ora divenuto completamente demente delirante, inviò ad una signora maritata in uno scritto lunghissimo, dal manicomio di H., una dichiarazione d'amore in tedesco, inglese, francese e greco, assicurando che egli era costretto ad aprire il suo cuore da lungo tempo oppresso e ad esprimere ciò che egli non poteva più tenere per sè solo senza temere o una malattia al cuore, oppure che i suoi sensi ricercassero una strada diversa da quella loro assegnata dalla natura.

L'*ingestione degli alimenti* è spesso irregolare, specialmente nei periodi di depressione o di eccitamento: essi non mangiano perchè non debbono o perchè Dio vuole così. In seguito si ha spesso grande voracità. Anche il *sonno* è spesso disturbato. Il *peso del corpo* suole in principio diminuire, aumenta però in seguito, a volte molto intensamente col progredire della demenza, sicchè gli infermi, sviluppandosi un grande appetito, assumono un aspetto floridissimo. Già sono state ricordate le irregolarità delle pupille osservate in qualche caso, il frequente aumento dei riflessi tendinei e della eccitabilità meccanica dei nervi e dei muscoli, infine i disturbi vaso-motorii e della innervazione cardiaca, che si riscontrano in questi casi, come anche nelle forme catatoniche.

Il *decorso* della malattia mostra di regola varie oscillazioni. Nei periodi più accentuati del primo sviluppo, specialmente in seguito ad una cura adatta, succede di solito un certo miglioramento, che o porta ad uno stato stabile uniforme di debolezza psichica più o meno grave, o viene interrotto da varii accessi della malattia. Non di rado si ha lo sviluppo di accentuati stati di eccitamento. Questi possono limitarsi ad una sfrenatezza gaia unita a loquacità, a irrequietudine pagliaccesca, a una indomabile tendenza a ridere e sogghignare, a stravaganze, a vizi sessuali, a scherzi sciocchi, a vagabondaggi senza scopo. In altri casi invece insorge profonda confusione con eccitamento motorio impulsivo, con continue grida e smanie, con balli e salti fino all'esaurimento, con tendenza a sporcarsi, a distruggere, a fare violenza. Per lo più tali stati non sono di lunga durata, ma possono ripetersi tutto ad un tratto senza una causa apprezzabile.

L'*esito* della malattia è di regola una demenza più o meno rapida, che può presentare gradi molto svariati. Dei casi che arrivano al

Manicomio, circa il 75 $^{\circ}|_{0}$ sogliono giungere ai piu alti gradi della demenza. Gli infermi decadono gradualmente sempre più, divengono stupidi, indifferenti e perdono ogni comprensione del loro ambiente. Spesso mangiano in modo poco pulito, divorano avidamente, versano i cibi, sporcano con questi le pareti; sono sudici, ritengono le feci e le urine, lasciano colare la saliva sulle loro vesti. In ultimo può estinguersi ogni eccitamento volitivo proprio; essi rimangono in piedi o seduti dove si trovano, muti e pigri, sorridendo a volte stupidamente, o anche bisbigliando parole o frasi insensate: essi debbono in tali casi essere vestiti e spogliati, nutriti e spinti a camminare.

Di fronte alle influenze esterne si mantengono ora affato passivi come catalettici, ora offrono resistenza. Le scarse risposte che si ricevono sono in generale completamente incoerenti, solo a tratti i malati mostrano di avere compreso in parte la domanda; richieste semplici ripetute insistentemente vengono a volte eseguite ancora in modo giusto; alcune persone antecedentemente conosciute sono chiamate col vero loro nome. In alcuni casi riesce forse anche di dimostrare residui di nozioni scolastiche, quali il leggere e lo scrivere giustamente, la risoluzione di un problema, la fissazione di un ricordo storico, geografico, verbale, che testimoniano come non si abbia a che fare con un campo incolto o non fertile, ma solamente devastato.

Col procedere del tempo però i residui di una antecedente attività psichica sogliono gradatamente scomparire sempre più. Tuttavia anche questi infermi si lasciano in modo sorprendente educar bene a lavori meccanici, benchè non spontanei, e si salvano così da una completa decadenza. In altri casi rimane ancora una certa vivacità psichica superficiale, ma gli infermi sono distratti, vaneggiano e mostrano anche residui di idee deliranti e di disturbi psico-sensoriali. A volte si mantengono distintamente tracce dell'eccitamento antecedente con ciarle confuse incomprensibili, con sciocche risa, con movimenti ed espressioni affettate, con corse sfrenate in sù e in giù. Frequentemente gli infermi mostrano, per lo meno per periodi transitorii, un umore eccitabile, tutto ad un tratto cercano di spingere la porta per uscire, cominciano ad inguriare o commettono all'improvviso una azione violenta, rompono un vetro, gettano una catinella a terra, strappano il vestito o dànno un colpo ad un compagno. Spesso vengono anche osservati altri atti, quali il tirarsi e l'allacciarsi continui delle vesti, drappeggiare queste intorno al corpo in modo strano, strapparsi capelli e barba, graffiarsi continuamente in alcuni punti del corpo, masturbarsi senza riguardo. Di solito questo andamento si ve-

rifica nel periodo di alcuni anni, nelle forme che si iniziano acutamente spesso già durante il primo anno, sebbene non sia possibile pel maggior numero dei casi dare una determinata limitazione cronologica.

Ma questo esito non e assolutamente *necessario*. Per quanto io posso dire, circa nel 17 % dei casi la debolezza mentale non giunge a gradi così alti. Gli infermi, dopo la scomparsa delle manifestazioni morbose più violente, conservano il loro contegno esteriore, rimangono sufficientemente orientati per il loro ambiente e le loro condizioni, mostrano una certa conoscenza della malattia sofferta, però non sono in grado di orientarsi bene nei più semplici avvenimenti della vita. A ciò che avviene intorno a loro non prendono quasi alcuna parte, non si interessano del tempo, nè delle necessità della vita; però con una adatta istruzione possono ancora essere utilizzati. Eccitabilità, intolleranza per l'alcool, occasionali stati di eccitamento, espressioni e abitudini strane sono, oltre alla debolezza mentale, i frequenti residui della malattia. In tali casi alcune volte possono sopravvenire, anche dopo diversi anni, peggioramenti, specialmente stati di agitazione. Verosimilmente appartengono a questi anche alcuni casi nei quali le idee deliranti e i disturbi psico-sensoriali del periodo di agitazione scompaiono ma però lentamente, riapparendo solo occasionalmente in modo transitorio. A volte rimangono durevoli disturbi psico-sensoriali, dai quali però gli infermi non si lasciano per lo più influenzare e sui quali dànno pochi schiarimenti. In alcuni casi, specialmente durante le mestruazioni, diventano tutto ad un tratto irritabili, hanno allucinazioni più vivaci, esprimono idee di persecuzione e di grandezza, distruggono in modo impulsivo qualsiasi oggetto, per giudicare poco dopo con apparente tranquillità ed assennatamente il loro stato. In tali casi non si può parlare di delirii continui e ben netti, invece si può riconoscere facilmente un considerevole disordine permanente. La capacità alla educazione, dopo il decorso del primitivo processo morboso, suole essere molto scarsa, si riesce solo per lo più a conservare presso a poco ciò che esisteva. Assai di rado l'infermo sarà capace, dopo il decorso dei primitivi disturbi, di giungere di nuovo ad una modesta indipendenza psichica.

Nell' 8 % delle mie osservazioni seguite per lungo tempo, i segni della forma morbosa ebefrenica scomparvero in modo così completo da poter essere forse autorizzati a parlare di *guarigione*. Con ciò però si suppone che gli avvenuti miglioramenti siano da considerare come permanenti, una legge questa che, avuto riguardo alle successive ricadute, che possono avvenire spesso anche dopo uno o due decenni non sembra senz'altro sicura. Inoltre è da considerare che le lesioni più

lievi della funzionalità psichica passano certamente non di rado inosservate, tanto più che il disturbo suole risiedere essenzialmente nel campo emotivo e quindi la capacità al lavoro ordinario suole essere relativamente di poco diminuita. Noi possiamo, io credo, ammettere che il naufragio psichico dovuto alla *dementia praecox* venga molto spesso disconosciuto, perchè gli infermi possono ancora salvare dal naufragio una sufficiente capacità al lavoro, per potere far fronte alla lotta per la vita in una modesta sfera di attività. Così deve avvenire di alcuni di quegli studenti diligenti e spesso anche in modo particolare intelligenti, che autorizzavano a fare sul loro conto grandi previsioni, e che più tardi però malgrado la diligenza e l'esattezza, con grande disillusione dei loro maestri, giungono solo con grande fatica a quello che compagni apparentemente meno intelligenti fanno con grande facilità. In tali casi, naturalmente, solo una esatta conoscenza e lo studio lungo e paziente dei singoli casi può dare la prova del mutamento patologico. Forse è avvenuto solo un leggero abbassamento del livello psichico. Il maestro di grado superiore trova impiego in una scuola privata, il giurista che ha naufragato diviene aiuto di un avvocato; il meccanico passa a fare il ferraio; l'ammiratissimo studente esemplare viene messo come aiuto nel negozio del padre. In altri il disturbo consecutivo si rende più evidente: essi forse si occuperanno ancora di letture inadatte e per loro indigeribili, di problemi alti e difficili, ma non riescono a nulla, non fanno più progressi nella loro professione, non passano gli esami, cominciano tutto in modo errato o in modo completamente inopportuno. L'orizzonte si restringe, i rapporti emotivi col mondo esterno si perdono pian piano, si perde anche generalmente ogni interesse alle occupazioni e agli eccitamenti psichici, gli infermi si muovono ancora in circoli ideativi abituali, steoreotipi, e forse si occupano in tutto ad una qualunque attività meccanica, quale segar le legna, copiare, fare lavori di giardinaggio, in completo contrasto con i progetti e le speranze più alte che avevano precedentemente.

Forme catatoniche. — Sotto il nome di *catatonia* (1), KAHLBAUM ha descritto un quadro morboso che presenta un dopo l'altro i segni della

(1) KAHLBAUM, *Die Katatonie oder das Spannungsirresein.* 1874; BROSIUS, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXIII,* 770; NEISSER, *Über die Katatonie* 1887. BEHR, *Die Frage der Katatonie oder des Irreseins mit Spannung. Diss. Dorpat,* 1891, SCHULE, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIV,* 515; *LVIII,* 221; ASCHAFFENBURG, idem, 1004; MEYER, *Archiv f. Psychiatrie XXXII,* 780; TSCHISCH, *Monatsschr. f. Psychiatrie VI,* 38 1899; ARNDT, *Centralblatt f. Psych. XXV,* 81, 1902; CLAUS, *Catatonie et stupeur.* 1903; TAMBURINI, dalla Catatoria 1886.

melanconia, della *mania,* dello *stupore* e, nei casi a decorso sfavorevole, anche quelli della *confusione mentale* e della *demenza,* e che oltre a ciò viene caratterizzato dalla presenza di certe manifestazioni motorie *spasmodiche* e di *arresto,* che sono appunto i disturbi detti « catatonici ». La descrizione data da KAHLBAUM, magistrale sotto molti rapporti, si proponeva di dimostrare che tutti gli stati su nominati: melanconia attonita, stupore, demenza acuta, ecc., fossero in realtà solo forme di manifestazioni di una unica psicosi, la quale al pari della demenza paralitica, malgrado differenze esterne nel decorso, presenta però una serie di manifestazioni patologiche, somatiche e psichiche, completamente caratteristiche. Benchè io dubiti della omogeneità dei quadri morbosi riuniti da KAHLBAUM in un'unica forma, pure per numerose osservazioni mi vedo costretto ad ammettere che la grande maggioranza di quei casi siano esempi di una forma morbosa caratteristica. In questi casi si tratta essenzialmente dell' insorgere di *stati caratteristici di stupore o di agitazione, per lo più con esito in demenza, uniti ai segni del negativismo, dell'impulsività e della stranezza, della stereotipia e della suggestionabilità dei movimenti mimici e delle azioni.*

La psicosi comincia di solito in modo subacuto coi segni di una *depressione* psichica più o meno grave, analogamente a quel che succede nella forma ebefrenica. Anche qui i prodromi indecisi possono durare più o meno a lungo, sicchè il vero inizio della malattia non può essere ben determinato. Oppure la malattia si inizia con varii periodi di depressione che si succedono ad intervalli, a volte anche con un alternarsi tra tono sentimentale depresso e fortemente elevato.

Con un maggiore risalto dei fenomeni morbosi sogliono manifestarsi molto presto i disturbi psico-sensoriali e le idee deliranti. In cielo appare una stella bianca, quadri di santi, Cristo in croce, la tregenda infernale; sulla parete vengono rappresentati quadri colorati, fanciulle nude; nella stanza appaiono angeli, diavoli, spettri, bestie feroci, serpenti, il cane infernale; le fiamme scintillano; nei cibi si trovano teste di uomo, nella minestra vi sono vermi. Al di fuori cantano i galli, stridono catene, risuona la musica, piangono bambini. Dio parla all'infermo; il diavolo grida il suo nome; viene narrata a lui tutta la sua vita. La gente conosce i suoi pensieri, sparlano di lui, parlano di « assassini e di altre storie simili ». Sono rivelazioni, voci psichiche o « interpolamenti di voci », ventriloquii. Se un infermo pensa qualche cosa sente che subito viene raccontata. Egli parla con le voci, si accorge come gli vengano imposti i pensieri, egli è capace di parlare

in lontananza, di influire sui pensieri altrui. Nella camera vi è nebbia, aria mefitica, odore di cadaveri, nei cibi vi è carne umana e sudicerie. Correnti elettriche attraversano il corpo, scorrono in linee ondulate attraverso l'infermo; sangue estraneo viene spinto alla testa, il membro gli viene fatto rizzare; il letto fà movimenti; « attraverso il naso e le orecchie strisciano nella bocca grosse rane ».

Spesso si presentano idee di peccato come risulta dal seguente scritto di un malato:

« Io sono tutto un mondo di bassezze e di vizii segreti e palesi, credo quindi che io faccia danno col mio fango di bassezze e di cattiverie a tutte quelle regioni dove io sono. Io sono troppo vigliacco per darmi una dura morte o per crepare e credo quindi adesso sarebbe ora di crepare per mezzo di un revolver. In ogni modo faccio peccato, non valgo davvero una schioppettata a polvere e mai ti sono stato utile di un iota. Al contrario ti ho solo danneggiato 1000 volte, perciò eliminatemi, estirpatemi completamente ».

L'infermo deve abiurare la sua fede, è stato scelto come vittima della famiglia, ha distrutta la religione. È giunto il giorno del giudizio universale: è scoppiata la guerra. Tutto è morto, il cielo è caduto, la casa è piena di cadaveri; tutto il Palatinato è in fiamme; vengono i soldati, tutti saranno uccisi; gli uomini non hanno più sangue. L'infermo deve andare al patibolo, è stato bandito, deve bere il sangue dei suoi parenti, un corvo viene alla finestra per mangiare la sua carne, la moglie è infedele, contaminata da un altro.

Insorgono strani pensieri; l'infermo viene forzato ad accoppiarsi con la sorella; influenzato dalla simpatia, deve fare ciò che vogliono i *medium;* gli si asportano le parti pudende. Alle inferme viene tolto l'onore; partoriscono fanciulli morti. I pensieri vengono indeboliti, l'intelligenza viene strappata dal cervello come fosse un cencio, il cervello è rotto, la testa segata nel mezzo; sul cranio viene avvitato un becco a gas; il capo ha la forma della testa di lupo. L'infermo non è più uomo, non può piu vivere nè morire, nè mai risanare; ha espettorato tossendo il cervelletto; lo stomaco corre di sù e di giù; i polmoni cadono; i visceri sono staccati; egli è già morto.

A volte già in questo periodo, ma per lo più solo più tardi, a queste idee vanno unite idee di grandezza che non raramente sopraffanno le idee tristi. L'infermo possiede 10 milioni, magnifici castelli, riceve da Dio 60.000 lire, una decorazione dal Sovrano, deve andare dall'imperatore. Egli è un uomo illustre, legge nel pensiero ed è chiaroveggente, da fanciullo è stato sostituito, è San Paolo, il Bambino Gesù nella greppia, il Salvatore del mondo, il successore al trono di

Bulgaria, è nato per la salvezza di tutta l'umanità, per lottare per la divinità, si trova nel piccolo « cielo del Giordano », ha doti soprannaturali, ha fatto importanti invenzioni, parla 4 lingue, vive della parola di Dio, non ha più bisogno di mangiare e di bere. Le inferme sono contesse, madri di Dio, fidanzate a grandi uomini, hanno rapporti sessuali con l'imperatore, non riconoscono più il loro marito, hanno « un marito che è nobile e del loro rango ».

Una delle mie inferme corse al municipio per andare a prendere un grosso patrimonio che ella credeva fosse stato là depositato per lei; un'altra fece preparativi per il suo matrimonio con un signore a lei del tutto estraneo, che secondo le sue idee, le aveva per mezzo di segni dichiarato il suo amore. Un calzolaio cercò di avvicinare giovani signorine ricche che, secondo lui, gli avevano fatto conoscere il loro desiderio di sposarlo.

Gli infermi comprendono tutto in modo incompleto; tutto sembra loro cambiato come in una commedia; le persone sono trasformate, non sono le vere, si sono contraffatte; essi dicono di trovarsi in una casa incantata, si lamentano di intrighi e di complicazioni. *Il decorso ideativo* è sconnesso, incoerente; la riflessione è per lo più gravemente lesa. Il *ricordo* del passato è ben mantenuto, anche la *capacità di fissazione* è spesso, in modo sorprendente, buona. Le persone del nuovo ambiente sono di regola riconosciute, benchè percepite e chiamate in modo falso, come p. e. col nome di Cristo, di Giuda Iscariota, ecc. In qualche caso però si hanno illusioni della memoria. Il padre ha accoltellato l'infermo e ne ha raccolto il sangue; egli è stato rapito da una zingara e fucilato nel giardino.

Il *tono sentimentale* degli infermi è, all'inizio della malattia, per lo più triste, ansioso; essi sono costernati, sospirano, si lamentano, chiedono grazia, temono « qualche cosa di incerto ». A volte divengono irritabili, diffidenti, cupi, minacciosi; si osservano anche esplosioni d'ira di estrema violenza. In mezzo a ciò però si può intercalare ad un tratto una puerile allegrezza o una intensa beatitudine, per lo più accompagnata da viva eccitazione sessuale, da masturbazione, da discorsi e atti osceni.

Molto accentuati sogliono essere anche i disturbi nel *contegno* e nella *condotta*. Gli infermi cessano di lavorare, stanno in piedi o coricati senza far nulla, corrono, guardano fissi innanzi a sè, ridono senza ragione, cominciano a commettere eccessi, a trascurarsi, o a minacciare i vicini. Altri pregano, vanno spesso in chiesa, stanno tutto il giorno in ginocchio, si rinchiudono in un convento, vogliono scoprire i sepol-

cri, prendere dall'altare gli arredi sacri. Altri desiderano di sposare, si mettono i migliori vestiti, prendono congedo da tutti. Molti dei miei infermi tentarono il suicidio o aggredirono i loro parenti senza alcun motivo esteriore. Una signora cercò tutto ad un tratto di avvelenare un suo bambino neonato perchè le sembrò che non fosse il suo, pregò telegraficamente il procuratore generale di far arrestare suo marito perchè la voleva uccidere.

A questo primo periodo della malattia, che nei tratti principali somiglia a quello di certe forme ebefreniche, succedono più o meno distintamente quegli stati che sono specialmente caratteristici della catatonia, cioè *stupore catatonico* ed *eccitamento catatonico*. In circa un terzo dei casi questi stati, e ambedue con la medesima frequenza, si sviluppano senza alcun percettibile prodromo, apparentemente da uno stato di sanità completa.

Lo *stupore catatonico* è caratterizzato principalmente dai fenomeni del *negativismo* e dell'*automatismo al comando*. Gli infermi diventano laconici, s'interrompono a mezzo nella pronuncia di una parola o di una frase, giungono a poco a poco a non parlare affatto (mutacismo), oppure bisbigliano a volte alcune parole inintelligibili, fanno forse anche monologhi sottovoce, ridono a tratti senza alcuna causa. Qualche volta sembra vogliano parlare quando si fa sembianza di allontanarsi, ridivengono però subito nuovamente silenziosi se ci si rivolge di nuovo verso di loro. In generale non si può persuaderli più neppure a scrivere, dopo alcune lettere si interrompono e giuocano, fanno dei segni sulla carta o scarabocchi sonza senso. Essi non alzano più lo sguardo se si parla loro, non volgono più il capo dalla parte di colui che parla, ma anzi si volgono addirittura dalla parte opposta. In alcuni casi si ricevono però di tanto in tanto risposte scritte, oppure gli infermi, che in genere rimangono muti, cantano al comando con una voce da donna una nota canzone. Del resto essi sono completamente inaccessibili ad ogni influenza esterna, non reagiscono alle chiamate, al tocco, e anche alle punture di spilli; solo raramente un eccitamento molto vivace porta a movimenti difensivi, anche più raramente ad un movimento inaspettatamente abile e vigoroso. Talora anche un leggero socchiudere degli occhi, un maggior rossore o il sudore del volto, una contrazione dell'angolo della bocca durante simili esperimenti, o il ridere per scherzi, valgono ad indicare che il disturbo maggiore non riguarda la percezione degli stimoli, ma la consecutiva determinazione all'azione volitiva.

Ogni tentativo di mutare l'atteggiamento o di determinare un movimento negli infermi incontra di tratto in tratto una resistenza ostinata e invincibile. Appena si voglia apportare un cambiamento nella

posizione dell'infermo si avverte una tensione estrema di ogni muscolo. Se si preme con la mano la fronte, lasciando ad un tratto, la testa viene portata elasticamente in avanti; se si spinge il capo dalla parte della nuca, l'infermo lo spinge indietro in contrasto con la pressione delle dita. Se si spinge l'infermo fuori del posto che occupa, egli si oppone fino a perdere l'equilibrio, riprende subito il suo posto appena cessata la violenza. L'origine psicbica di questa opposizione si riconosce nel modo migliore in quei casi, non rari, nei quali gli infermi rispondono nel medesimo modo alle influenze verbali (negativismo al comando). Non solo è possibile allora far sì che il malato vada avanti quando si spinge apparentemente all'indietro e viceversa, ma egli si mette sul vaso da notte quando gli è stato energicamente proibito, si ferma quando gli si dice di camminare e simili. Anche in una serie di altri fatti la resistenza contro gli impulsi volitivi naturali si lascia distintamente riconoscere. Alcuni infermi non sopportano nè vestiti, nè scarpe e neppure la camicia, non vanno a letto, di notte si coricano sul pavimento, sotto il letto, ponendo sotto il loro corpo i vestiti, rivoltando sossopra il letto, si coricano sulla coperta e si coprono col materasso, vogliono uscire da una determinata porta. Quando vengono avvicinati retrocedono, si nascondono in un angolo, vanno a giacere nei letti altrui, mettono vestiti di altri, si bendano gli occhi, si ricoprono, tirano la coperta sulla testa, tengono strettamente ciò che hanno preso.

Quale manifestazione caratteristica del negativismo si ha anche il *rifiuto dei cibi*, che in questi infermi è così frequente. Essi cessano tutto ad un tratto di mangiare e non si persuadono in alcun modo a continuare il loro pasto, tengono stretti i denti convulsivamente, stringono fortemente le labbra quando si avvicina alla loro bocca il cucchiaio. Altri non mangiano quando sono guardati, lasciano per lunghe ore il cibo sul tavolo o mangiano solo qualche cosa segretamente. Col medesimo modo repentino con cui cominciò il rifiuto dei cibi, suole in genere finire, cedendo non raramente il posto ad una grandissima voracità. A volte gli infermi ricominciano a mangiare quando sono trasportati in un altra camera in mezzo a nuove persone. Alcuni malati rifiutano con una ostinatezza invincibile determinati cibi, p. e. la carne o il pranzo già apprestato per loro, ma sanno procurarsi con malizia o con violenza i cibi dei loro vicini e li mangiano con grandissima fretta.

Infine si dovrebbe riportare sovente al negativismo anche la *sudiceria* degli infermi. Essi ritengono feci e urine spesso per molto tempo e poi le emettono nei vestiti, nè cambiano affatto la loro posizione per evitarne le spiacevoli conseguenze. Condotti al cesso spesso non si può

persuaderli a compiere le loro funzioni, mentre poco dopo sporcano il pavimento o il letto con abbondanti defecazioni. Alcuni infermi stringono in modo convulso l'uretra tra le dita. La saliva viene accumulata spesso a lungo nella bocca per poi farla uscire repentinamente come a getto, oppure cola di continuo lungo il mento e sulle vesti, in parte perchè la secrezione è aumentata, ma anche perchè gli infermi nell'irrigidimento psico-motorio non eseguiscono più i movimenti di deglutizione. In altri casi si vede che gli infermi insudiciano sputando continuamente il letto, le vesti e la camera.

Insieme al negativismo va unita in genere una straordinaria *uniformità* nell'atteggiamento del corpo e nella tensione muscolare. Così vediamo gli infermi tenere la medesima posizione per giorni, settimane e anche mesi. In atteggiamento strano, statuario, spesso rannicchiati rigidamente, oppure col gomito sulle ginocchia, si accoccolano, stanno in ginocchio o coricati senza movimento, tenendo la testa alzata sul cuscino o pendente sul bordo del letto, tenendo il lenzuolo fra i denti, tenendo stretto con le dita un pezzetto di pane o un bottone strappato dal vestito. Essi si lasciano rotolare a piacere od anche sollevare come un pacco per una qualunque parte del corpo, senza cambiare affatto l'atteggiamento delle loro membra. Una mia inferma tenne per tanto tempo giunte in modo convulsivo le mani, che si produsse in queste una gangrena da compressione; un altro stette per lunghi anni in ginocchio al medesimo posto, tanto che fu necessario, per la infiammazione articolare che si era sviluppata, di tenerlo, ad onta della sua violenta opposizione, forzatamente a letto. Gli occhi sono o tenuti chiusi, o quando si tenta di avvicinarsi al malato i bulbi oculari vengono ruotati in alto, e le palpebre strettamente serrate; oppure gli occhi sono largamente aperti, guardano in lontananza con le pupille dilatate senza mai fissare; molto raro è l'ammiccamento. L'espressione del volto è immobile, a mo' di maschera, ricorda a volte il rigido sorriso degli Egineti. Le labbra vengono spesso avanzate a punta (« spasmo del muso »), sono a volte in preda a contrazioni rapide o ritmiche. Frequenti sono i sogghigni, le risa subitanee o le smorfie.

Anche nella deambulazione degli infermi spiccano simili singolarità. Spesso è anche impossibile esaminare la deambulazione. Gli infermi si lasciano semplicemente cadere a piombo quando si vuole metterli in piedi, in altri casi camminano con le ginocchia tese, sulla punta dei piedi, sul bordo esterno del piede, a gambe allargate, col tronco inchinato fortemente all'indietro, con la camicia alzata, strisciando, ballando, in una parola in una posizione qualsiasi del tutto

insolita, ma mantenuta con tutte le forze in contrasto ad ogni influenza esterna. I singoli movimenti sono rigidi, lenti, forzati, come se si dovesse vincere una certa resistenza, oppure sono compiuti a tratti e allora spesso con fulminea rapidità.

Un contrasto strano con queste manifestazioni nelle quali si estrinseca la resistenza generale contro ogni cambiamento dello stato attuale, è dato dai segni spesso spiccati di una *aumentata influenzabilità* da cause esterne. A questa appartiene sopratutto la *catalessia*, che dura un tempo più o meno lungo e che suole raggiungere in tali stati il suo maggior grado. Più raramente, e per lo più in modo transitorio si incontra anche la *ecolalia* e perfino la *ecoprassia*. I malati ripetono in modo meccanico le frasi loro dette o quelle sentite casualmente; talora anche a bocca chiusa seguono con la voce la canzone di un compagno e la ripetono. A questo fenomeno è analogo il rispondere in modo coatto ad ogni chiamata con un movimento a balzi, alzandosi e mettendosi a sedere, fare smorfie con la faccia, torcere le mani; un infermo scriveva subito tutte le parole che gli si dicevano nell'acqua del bagno. Spesso gli infermi imitano i movimenti vivaci che si fanno innanzi a loro (alzare le braccia, battere le mani), o continuano per lungo tempo un movimento eccitato dall' esterno (battere il ritmo, rotolare una mano sull' altra). A volte si vedono fare per ore ciò che fa una persone del loro ambiente, ripetono tutto ciò che questa dice, gli camminano dietro col medesimo passo, si vestono e si spogliano come quella e simili. Alcuni infermi si comandano da sè stessi, p. e. durante la nutrizione con la sonda dicono: « Apri la bocca! — dentro il tubo! » ecc.

Il quadro della catalessia è riprodotto nei molti esempi che noi diamo alla Tav. II. Gli infermi furono messi senza difficoltà nelle pose più strane e le mantennero quando furono fotografati in gruppo, alcuni avendo sulle labbra un riso apparentemente furbo, altri con rigida serietà. Di questi infermi solo E. era già demente, mentre specialmente A. B. C. si trovavano ancora al principio della malattia.

Molto distintamente si può dimostrare in tali stati il grave disturbo volitivo, quando si domanda agli infermi di mostrare la lingua per pungerla con uno spillo. Benchè vedano lo spillo e comprendano perfettamente ciò che sta per avvenire, ad un comando reciso tiran fuori immancabilmente, la lingua. Spesso si può ripetere a volontà tale esperienza sempre col medesimo risultato. Gli infermi contraggono in modo doloroso il viso ad ogni puntura, ma sono incapaci a sopprimere l'impulso determinato dal comando, o a sottrarsi in altro modo al dolore che li minaccia.

I due stati, solo apparentemente opposti, della resistenza più forte e della passività più completa, si succedono in questi infermi senza regola e senza intervallo. Vero è che talvolta per settimane e anche per mesi si osserva solo una di queste due forme di contegno, ma esistono sempre periodi nei quali può constatarsi una subitanea trasformazione e non molto raramente si riesce con un adatto trattamento suggestivo a mutare la rigidità in catalessia e viceversa. Il rifiuto del nutrimento si cangia tutto ad un tratto in voracità grandissima; l'infermo che forse per settimane è rimasto muto e immobile, comincia ad un tratto a emettere forti grida incomprensibili, a gridare continuamente *chicchirichì, hurrà*, ad abbaiare come un cane, a cantare a squarciagola con aria furba, una canzonetta in voga. Oppure egli fa attraverso la stanza lunghi balzi, scardina repentinamente una finestra, si getta con un formidabile slancio sopra un letto non suo, dove rimane di nuovo immobile. Altri infermi un bel giorno si alzano e parlano come se non fosse successo loro nulla, domandano di andarsene, si lamentano della loro reclusione nel Manicomio, mentre alcune ore dopo si ritrovano già nuovamente in uno stato di stupore rigido. È proprio questo sorprendente cambiamento di stati diversissimi che caratterizza in alto grado la catatonia.

Dobbiamo supporre che in questi casi sia in giuoco spesso, anche durante lo stupore, quel secondo quadro catatonico che abbiamo chiamato col nome di *eccitamento catatonico*. La caratteristica di questo eccitamento sta nell'insorgenza di numerose *azioni impulsive* e di *movimenti stereotipici*. La loro esplosione è d'ordinario improvvisa, per lo più avviene dopo i prodromi suddescritti di uno stato sentimentale triste Gli infermi, a volte nel mezzo della notte, divengono inquieti, confusi, ciarlanocantano, ballano con movimenti affrettati, vanno intorno per la camera, si strappano i vestiti, rovesciano i tavoli, i letti, la stufa, sputano, commettono tutto ad un tratto azioni brutali insensate. Nello stesso tempo si iniziano i caratteristici movimenti catatonici, che sono molto spesso i primi e più impressionanti sintomi morbosi.

Gli infermi irrigidiscono repentinamente tutto il corpo, cadono a terra, rimangono nella posizione di un crocefisso, stravolgono gli occhi, respirano a tratti, soffiano, fischiano, girano intorno al loro asse, fanno movimenti serpentini, si girano intorno sulla punta dei piedi, fanno movimenti rotatorii con il tronco e la testa, si dondolano e si cullano in su e in giù, prendono atteggiamenti ginnastici, mettono le braccia in estrema pronazione, ruotano l'uno intorno all'altro i pugni con grande rapidità. Queste manifestazioni ricordano

spesso molto esattamente i disturbi isterici, con i quali talvolta possono essere scambiati.

Inoltre lo stimolo motorio degli infermi si esprime con una grande irrequietezza. Essi saltano su e giù dal letto, fanno con le braccia continui movimenti di scongiuri o ritmici e giranti, scrivono lettere in aria, si torcono le mani, percuotono o tamburellano sulla parete, battono leggermente per ore il tavolo, ballano o saltano, si stropicciano, si sventolano, si aggirano, scivolano o battono i piedi. Tutti questi movimenti sono goffi, rigidi, grossolani o affettati o solenni, sono senza scopo, non hanno alcun rapporto con l'ambiente e vengono spesso continuati per molto tempo in modo uniforme. Per lo più si possono sopprimere solo impiegando grande violenza, ma ricominciano di nuovo appena si lascia libero l'infermo.

A questi uniformi movimenti si mescolano gli impulsi più strani. Gli infermi mordono repentinamente la catena dell'orologio del medico, si impadroniscono con cieca violenza di un determinato oggetto, fanno i capitomboli più audaci, sgambettano e ballano in pose strane e decorative, fanno i salti, per slanciarsi poi al disopra della spalliera a capo fitto sul letto. Montano in tutta fretta sopra una sedia, sopra un tavolino per defecare, si dondolano nelle pose più difficili, mettono sossopra tutto quel che compone il letto, trascinano in giro per lunghe ore il loro materasso e ogni volta battono in un determinato punto alla parete, si mettono sul cesso nudi con le braccia tese. Altri imitano la « parata dei soldati », fanno gli « esercizi » come se stessero sotto gli ordini di un rigido colonnello, saltano intorno alla casa fino alla stanchezza, strisciano sul pavimento, galoppano in posizione di schermitore, ballano intorno alla porta della camera che hanno tolta dai gangheri, si liberano rapidamente da qualsiasi ostacolo, sollevano tutto ad un tratto un loro vicino o gli danno un potente schiaffo. Spesso si vedono fare sempre con una instancabile costanza lo stesso cammino, specialmente girare in cerchio, sicchè si distingue spesso la loro traccia sul terreno come quella di un animale nella gabbia. Molto frequenti sono i tentativi di fuga, ciechi, insensati, un instancabile battere alla porta, impulsivi tentativi di suicidio. Alcuni infermi si graffiano, si strappano i capelli, li bruciano, si mordono le braccia, si stirano le dita, rodono il legno; un infermo saltò nel fiume cantando.

Tutte queste azioni molto svariate vengono compiute con la maggiore forza e senza alcun riguardo, sicchè è per lo più impossibile impedire all'infermo, che si muove molto abilmente e rapidamente, di compierli. Perciò si hanno spesso numerose escoriazioni della pelle, ferite più o meno profonde, perchè l'infermo non risparmia affatto

le sue membra, batte sempre di nuovo le parti offese e strappa senz'altro le fasciature che lo disturbano.

Di solito questi infermi sono molto sudici. Perdono completamente feci e urine, si avvoltolano nelle feci, le mangiano, leccano il pavimento sporco di urina, urinano nelle pantofole, nella sputacchiera, infilano il pane nell'ano, sputano nella minestra, sul loro pane, nel proprio letto, bevono l'acqua del bagno, si lavano con l'urina. L'eccitamento sessuale si esprime con masturbazione senza ritegno, con movimenti di coito, con discorsi osceni, con la tendenza a baciare, col toccare i genitali altrui.

Molto caratteristici per gli stati catatonici sono anche gli speciali *movimenti espressivi* degli infermi. A questi appartengono i movimenti largbi, il fare smorfie, gli atti di minaccia, lo scuotere la testa e l'inchinarla senza ragione, l'urlare in modo uniforme, lo strillare, l'imitare il canto del gallo, l'ululare, il cantare, lo strillare acutamente, o in falsetto, o fare ronzii, il ridere continuamente e smodatamente. La parola è a volte scandita, ritmica, con una intonazione strana, a volte cantante o imperiosa, a volte precipitosa, a balzi, a scatti. Alcuni infermi parlano continuamente in lingue straniere in parte inventate da loro. A volte il parlare si disfà in un seguito di sillabe insensate, ripetute in modo ritmico, con rime e assonanze, oppure le parole vengono mutilate, le sillabe finali vengono lasciate, o singole lettere introdotte nella parola. Un infermo disse sempre: « nottore » (dottore), « notessore » (professore) « nalato di mente » (malato di mente). Tali errori sono, malgrado ogni protesta, mantenuti con la maggior tenacia. Alcuni infermi appena interpellati dicono dapprincipio « come »? benchè abbiano compreso abbastanza bene. Altri invece rispondono regolarmente con una domanda simile a quella fatta.

Molto frequente è il fenomeno del rispondere a rovescio (*Vorbeireden*). Gli infermi, rispondono ad ogni domanda, ma non si conformano affatto al contenuto di queste, invece profferiscono alcune frasi senza alcun rapporto; solo raramente è possibile di riconoscere una tenue relazione con la domanda, quando i malati evitano appunto la risposta esatta, come nel seguente discorso, nel quale sono state aggiunte le domande fatte dal medico:

Come si chiama questo signore (Dr. A.) « L'uomo piccolo », Come si chiama? « FLORSCHÜTZ » (nome di un malato). Quante dita sono queste? (3) » quattro ». Quante, ora? (4) « cinque ». Ed ora? (2) « uno ». Quanto è questo denaro? (3 pezzi da 10 cent.) « 6 nickel ». No lei lo sa bene! « 2 pezzi da dieci », No, quanto? « 4 pezzi da dieci ». Adesso dica il numero intermedio, quanti sono allora? « 25.000 ». Che significa questo 25.000? « che io sto bene ».

La base negativistica di tale disturbo è qui nettamente riconoscibile. Tali osservazioni fanno pensare con grande probabilità ad una simulazione spontanea, volontaria, specialmente nei casi medico-forensi. Però la frequenza della manifestazione in malati completamente insospettabili e i loro stretti rapporti con gli altri segni del negativismo, non lasciano alcun dubbio che si abbia a che fare con un disturbo morboso e con una tendenza automatica ed impulsiva ad evitare le giuste risposte. La progressiva demenza di simili « simulanti » rischiara in seguito questi casi.

Nei discorsi degli infermi si rileva spesso una grave distrazione, si osservano neologismi, ritorni di parole, assonanze insensate, mancanza di ogni coerenza ideativa, mentre è mantenuta la giusta forma della frase, finalmente accenni di idee di grandezza e anche un certo senso di malattia. In tali casi la pronuncia è spesso affettata, bisbigliante o in falsetto. In alcuni casi si è osservato agrammatismo, in quanto gli infermi sembrano incapaci di formare frasi e parlano spesso adoperando il modo infinitivo.

Infine molto comune è in questi casi, come anche nello stupore, il sintoma già descritto della *verbigerazione,* nella quale, come in tante altre manifestazioni motorie si rivela nel modo più evidente la tendenza dei malati alla stereotipia, alla ripetizione dei medesimi impulsi. Una frase qualunque più o meno lunga, spesso senza alcun senso, talora anche lettere isolate, vengono ripetute col medesimo accento ritmico, ora strillando, ora bisbigliando, ora con una determinata melodia ininterrottamente per ore e giorni. Qualche volta i malati si sbagliano, mescolano nei loro discorsi una parola udita dai vicini, sicchè la frase può subire in alcune ore una graduale trasformazione. Spesso si riesce, suggerendo la prima parola, di indurre coattamente gli infermi alla ripetizione delle loro usuali frasi. Così mi accadde riscontrare per un periodo di intere settimane in una inferma completamente cosciente, che essa alle parole suggerite « mio marito » interrompeva ad un tratto qualunque discorso e ripeteva più volte in cadenza, talora anche contro voglia:

« Mio marito è un galantuomo, un colto, stimato, diligente e bravo negoziante e io sono sua moglie; il mio bambino è un bravo bambino e noi non abbiamo debiti in città, e possediamo 2000 lire onestamente guadagnate e 300 lire che abbiamo trovato. Le mie sorelle sono oneste, i miei fratelli sono stimati, diligenti, rispettati, buoni commercianti e questa è la pura verità ».

Alla domanda perchè ripetesse sempre questo discorso disse: « Perchè sono impazzita ». In altri casi il contenuto dei discorsi dei verbigeranti mostra frequenti cangiamenti.

Anche negli scritti degli infermi si può dimostrare la verbigerazione con l'infinito ripetersi di uguali ghirigori, numeri, lettere, parole o frasi. A ciò va unita di solito una ortografia e una interpunzione strana. Idee subitanee che sfuggono all'osservazione provocano l'intromissione di parole senza alcun senso o l'omissione di segni o di parole

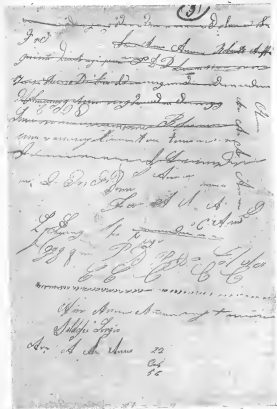
Fig. 10 — Prova di scrittura. Stereotipia catatonica. (1)

necessarie per il senso. Il carattere stesso mostra una forma diversa, a volte è lento, esitante, interrompentesi a metà nelle singole lettere, ora rapido e fugace, ora normale. La pressione cambia spesso tutto ad un tratto. Alcuni infermi scrivono con la scrittura a specchio. Esempi di scritti catatonici sono forniti degli esemplari qui riportati dei quali il primo lascia riconoscere nella forma e nel contenuto la stereotipia coatta con minime graduali variazioni, mentre nel secondo risalta specialmente la distrazione. Nella figura 13 è riprodotto uno dei disegni così frequenti, insensati, fatti per giuoco dai catatonici, dei quali lo stesso infermo riproduceva giornalmente grandi quantità; una certa stereotipia è accennata anche negli strani ghirigori.

(1) Le prove di scrittura sono della collezione del Prof. Tamburini.

Fig. 11. — Prova di scrittura. Confusione catatonica.

Lo stupore catatonico e l'eccitamento stanno, a quanto pare, malgrado la loro esteriore diversità, in stretta parentela. Noi li vediamo

Fig. 12.

seguire l'uno all'altro nel quadro morboso, spesso immediatamente; più frequentemente è lo stato di eccitamento che precede lo stupore. Ma anche in quei casi assai più numerosi nei quali solo l'uno o l'altro degli stati predomina nel corso della malattia, possono interporsi molto frequentemente accenni del quadro opposto.

L'infermo stuporoso passa repentinamente per alcuni minuti o per alcune ore in un grave, insensato eccitamento, per ricadere poi nella sua precedente ineccitabilità; reciprocamente vediamo non di rado che

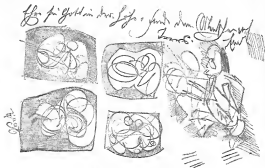



Fig. 13. — Disegni di catatonici

l'eccitamento cede il posto in modo transitorio ad uno stato stuporoso più o meno profondo unito a catalessia e a negativismo. L'intensità delle manifestazioni è in alcuni casi molto diversa. Lo stupore può a volte essere accennato da un contegno chiuso, negativista o sonnecchiante, mentre l'eccitamento può oscillare tra una leggera agitazione puerile fino ad uno stato furioso e addirittura pericoloso per la vita dell'infermo.

Durante lo sviluppo di questo multiforme quadro morboso la *coscienza* è indubbiamente, in modo continuo, un po' offuscata. Gli infermi sembra che percepiscano abbastanza bene alcune impressioni anche se ciò non si possa facilmente constatarlo, ma sogliono avere solo una idea poco chiara della loro condizione e di ciò che avviene nel loro ambiente, in parte perchè non se ne occupano affatto una anche perchè non hanno il bisogno di elaborare le loro percezioni. Mentre essi scambiano spesso le persone e non sanno ove si trovino, sorprende spesso vedere che essi conoscono i nomi degli infermieri o di altri

infermi, fanno una osservazione scherzosa, si lamentano di un fatto qualsiasi, danno notizie esatte delle loro condizioni, scrivono una lettera coerente descrivendo il loro soggiorno, pregando di essere liberati.

Spesso esiste anche una certa *coscienza della malattia*. Gli infermi indicano il loro strano procedere col nome di stupidaggini, dicono di essere proprio pazzi, oppure di essere « ottusi e annebbiati », « di essere diventati negli ultimi tempi stupidi », che la testa è vuota, confusa. Una inferma che presentava al più alto grado movimenti stereotipici catatonici, mi diceva: « Perchè io debbo sempre fare questi stupidi movimenti?; ciò è troppo sciocco »; un'altra si lamentava di dover sempre fare smorfie e pregò che si cercasse il modo di non farla ridere. Molti mettono in evidenza come durante il riso non siano affatto allegri. Vero è che sui moventi di tutto il contegno coatto del malato si sente dire dagli infermi solo che essi non dovrebbero nè potrebbero parlare e mangiare, che non avevano fame, che non trovavano le parole, dicono che i medici già sapevano tutto; che le domande erano molto semplici, che essi non avevano conosciuto alcuno, che non avevano mai saputo ciò che dovevano dire. Affermano che una forza, uno stimolo, un « impulso » sia venuto sopra loro a costringerli ad agire in quel determinato modo; essi *dovevano* fare ciò che si diceva loro, perchè così si voleva. Essi non saranno mai tranquilli fin tanto che si farà così; era venuto loro in testa di dire quello che avevano detto, si erano divertiti spesso a ripetere tutto quel che capitava loro; finalmente essi avevano voluto, avevano creduto che così dovesse essere, altrimenti non avrebbero adempiuto al loro dovere. Molto più raramente invocano altri motivi. Un infermo disse che avrebbe creduto di negare Dio se avesse mangiato qualche cosa; un altro raccontava di essere stato tirato « come con una corda » a fare atti violenti; un'altro dichiarava di essersi nascosto sotto la coperta per risparmiare i suoi occhi; un altro, che contando lasciava sempre il numero 4, diceva che lo faceva perchè pensava sempre al 4.° comandamento. Da tutte queste motivazioni si riconosce evidentemente come le azioni strane siano appunto di origine impulsiva e non dovute a determinate riflessioni.

Malgrado questi dati sullo speciale carattere del loro stato che per lo più è da essi stessi considerato come morboso, pure manca assolutamente agli infermi, almeno in principio, una vera coscienza della gravità del disturbo. Essi non si meravigliano in modo speciale del loro strano agire durante la malattia, si considerano subito normali appena sono ritornati ad un certo grado di lucidità, vogliono tornare senza

altro alle loro case malgrado i consigli. Molto spesso continuano a manifestarsi durante lo stupore come nell'eccitamento, oppure dopo la scomparsa di questi fenomeni, svariate idee deliranti e disturbi psicosensoriali, che abbiamo antecedentemente descritto.

Il *tono sentimentale* degli infermi non mostra, trascorse le gravi oscillazioni dei periodi iniziali, accentuati disturbi. Per lo più gli infermi sono, malgrado il loro contegno strano e le loro idee deliranti, completamente indifferenti. Le minaccie non fanno loro alcuna impressione. Se non si manifestano disturbi negativistici essi non retrocedono innanzi a minaccie o innanzi al coltello, non muovono gli occhi quando si avvicina loro uno spillo; si osserva però spesso il succedersi in modo irregolare di piagnucolii puerili, d'irritabilità, sfrenatezza sciocca, o estasi. Molto più rari e generalmente nel primo periodo della malattia, sono gli stati ansiosi, che però in alcuni casi possono raggiungere una straordinaria violenza.

Nel 59 °|₀ dei miei casi l'*esito* della catatonia fu una grave, caratteristica demenza. L'eccitamento si va poco a poco mitigando; la rigida tensione dello stupore scompare, ugualmente cedono le idee e i disurbi psico-sensoriali, ma l'infermo non diviene normale, mostra invece sempre distinti i segni della *debolezza psichica*. Egli è divenuto apatico e indifferente, ha perduto la sua eccitabilità psichica, non si cura dell'ambiente, dei suoi parenti, del suo avvenire, ma vegeta senza desiderii e senza volontà. Benchè in generale sia ancora sufficientemente capace di percepire e di comprendere fatti semplici e in alcuni casi dia anche prova delle sue antecedenti cognizioni e abilità (giuocando bene a scacchi, mostrando le sue conoscenze geografiche, sapendo far bene i lavori di giardinaggio), pure non riesce ad imparare nulla, non ha memoria, « ha poco senno », « non ha più senno e comprendimento ». Egli « lavora senza stabilità e coscienza »; « la volontà è buona, ma l'esecuzione è debole »; non è capace di una attività indipendente, non conosce più nè ordine nè pulizia, giuoca con le figurine come un bambino. Alcuni infermi sono ostinati, si rifiutano di obbedire, si tirano indietro, rimangono a lungo nel letto, non parlano o mormorano tra sè in modo incomprensibile, si mantengono poco puliti. Altri sono più vivaci, ma inconsiderati, distratti, irritabili, irrequieti, manifestano incoerenti residui di idee deliranti.

Specialmente in queste ultime forme si manifestano quei *manierismi*, il cui inizio noi abbiamo descritto antecedentemente nella stereotipia. A questi appartengono fra le altre le posizioni caratteristiche e i movimenti di automa, il camminare lungo una linea, il pre-

mere le dita distese contro una parte del corpo, lo stringere tra le due dita il lobulo dell'orecchio, lo strapparsi i capelli, il movimento e l'inclinazione coatta del capo, i movimenti della lingua e delle labbra, l'arruotare i denti, il girare gli occhi, il fare smorfie, il ridere, il fare mosse da arlecchino, il giocare con le dita, l'aggredire tutto ad un tratto. Alcuni di questi movimenti ricordano quelli che si compiono quando si è impacciati, quali il girare la testa da una parte, lo stringersi leggermente nelle spalle, lo strofinare o il tirare i vestiti, il toccarsi la testa, il lisciarsi i capelli, l'allargare le dita: questi movimenti sogliono divenire più appariscenti quando si parla agli infermi. Inoltre si deve ricordare lo strano modo di pettinarsi, lo strano modo con cui i vestiti vengono scelti e portati, il rifiuto di alcuni cibi, il transitorio e ripetuto rifiuto del nutrimento, la preferenza per certe porte e per certi letti, il portare in giro i mobili, il frequente andare al cesso, il raschiare, il soffiare, il tossicchiare, il grugnire, il rantolare e specialmente alcune stranezze nel mangiare; frequentemente gli infermi prendono i cibi con le mani, si scagliano sul piatto comune, riempiono con tutta fretta la bocca più che possono e ingoiano tutto, quasi senza masticare. Oppure il cucchiaio viene preso gentilmente con la punta delle dita, spesso all'estrema punta, e viene adoperato il manico per mangiare; la forchetta prima di ogni boccone viene messa due o tre volte nel cibo, il contorno viene diviso in una serie di piccoli mucchi uguali, la mano è avvolta nell'abito, il naso vien ficcato nella minestra, oppure tra due bocconi deve essere bevuto un sorso d'acqua, si deve contare fino a dodici, ecc. Altri leccano la minestra come fa un cane, oppure la versano senz'altro in bocca spandendosela sui vestiti, mettono adagio adagio il piatto coi legumi vicino al volto e poi leccano. Una delle mie inferme prendeva bene il cucchiaio con la mano destra, poi facendolo passare dietro la testa lo metteva in bocca dalla parte sinistra; un'altra si nascondeva, per mangiare, sotto la coperta del letto. Non raramente gli infermi ingeriscono incredibili quantità di alimenti diversissimi e anche cose completamente indigeribili e a volte anche i loro escrementi.

Finalmente sogliono permanere anche le già descritte caratteristiche nel parlare e nello scrivere. Alcuni infermi rimangono per anni o per giorni completamente muti, benchè già siano da lungo tempo completamente coscienti, lucidi e ordinati, e si esprimono abilmente per iscritto; la parola può poi ritornare improvvisamente senza che gli infermi possano addurre a motivo del loro mutismo se non cause di minima importanza; essi dicono che non potevano, non volevano o non

avevano il permesso. Anche la *confusione verbale* può rimanere nella forma più accentuata pur quando l'infermo da lungo tempo sembri sufficientemente ordinato nel suo contegno. È specialmente negli stati di eccitamento che questi infermi presentano una fiorente *insalata di parole,* mentre facendo un discorso tranquillo possono forse esprimersi in modo del tutto comprensibile. Del resto, a volte, la confusione verbale può, dopo un lunghissimo tempo, diminuire e scomparire quasi completamente. Questo è il caso p. e. di un infermo che aveva scritto la lettera seguente, mentre precedentemente aveva concorso in modo completamente ordinato ad un impiego:

« La condizione sentimentale dei cittadini di W. richiede dopo l'illustre natalizio di sua Maestà l'egregio Re Guglielmo Carlo di raccogliere sopra tutto le loro forze, per poter eseguire la loro preghiera spirituale nel signore. Così 40 stimati patrioti in ragione alla omissione degli statuti dell'universalità di Erlang si sono oggi occupati ad affermare la prima negativa retrospettiva in senso analogico patriottico. L'art. 1 della costituzione di W. consistente in materiale di guerra bruciabile disponibile per essere a disposizione dell'onnielemente Sua Maestà, inoltre per ammettere ubbidientemente le relazioni più infami col bestiame, con le pecore e con le galline d'India. Poichè ora la distinta società reale trasportando tutte le indoli raccomandate per l'indulgenza non può venire soggetta a nessuna concorrenza da parte degli Stati vicini, noi giuriamo. ecc. ».

Nell'insieme la costruzione è qui ancora mantenuta, sicchè questo fraseggiare, leggendolo disattentamente potrebbe dare l'impressione di uno scritto coerente; mentre è l'opposto leggendolo attentamente. In tali infermi c'è sempre la tendenza a frasi altisonanti, a giri affettati di parole, a uso di parole straniere, a neologismi. Uno dei miei infermi, che parlava in modo ragionevole, scrisse numerosi fogli pieni di parole vuote di senso, infinitamente ripetute, come si può vedere dal seguente scritto:

In nome del principio dell'oscurità
In nome del principio della luce
Sacre onnipotenti sorgenti
Di sacra eterna vita
In nome della sacra onnipotente terra
Del sacro onnipotente Dio
In nome di tutti gli onnipotenti spiriti
Nella luce, nell'ombra
Sangue di tutto il sangue in tutto il ventre
Sangue di tutto il sangue in tutto lo spirito
Sangue di tutto il sangue in tutta la terra
Spirito di tutto lo spirito in tutto lo spirito
Spirito di tutto lo spirito in tutta la terra

Spirito di tutto lo spirito in tutto il corpo
Sacra terra in sacro corpo
Sacra terra in sacro spirito
Sacra terra in sacro sangue
Uomo di tutti gli uomini in tutti gli uomini, ecc.

Un'altra inferma scrisse poesie liriche in una lingua inventata da lei.

Nella grande maggioranza dei dementi catatonici vengono osservati temporaneamente *stati di eccitamento*, che si manifestano ora circa ogni due settimane, ora ad intervalli più lunghi. Gli infermi che per lungo tempo erano rimasti tranquilli e docili divengono per alcuni giorni irritabili, di cattivo umore, minacciosi, allucinati, rifiutano il cibo o prorompono ad un tratto in ingiurie, manifestano idee di persecuzione, rompono vetri, gettano il cibo a terra, tentano di aggredire o di uccidersi. Dopo breve tempo tutto suole scomparire e gli stessi infermi non possono dar conto dei motivi delle loro azioni. Con la progressiva demenza sembra che questi accessi diminuiscano sempre più.

Può dirsi che circa nel 27 % dei miei casi non furono raggiunti i gradi più profondi della demenza; quantunque naturalmente non sia possibile una netta distinzione sotto questo punto di vista. Si tratta di quegli infermi nei quali le idee deliranti e i disturbi psico-sensoriali insorti nell'acme della malattia e le manifestazioni catatoniche più accentuate scompaiono completamente a volte solo dopo anni. Il maggior numero delle cosidette *guarigioni tardive*, nelle quali contro ogni aspettativa si manifesta un vero miglioramento dopo un decorso morboso molto lungo, debbono rientrare tra le forme suddette; non si tratta di regola perciò di vere guarigioni. Gli infermi divengono accessibili, ordinati, capaci al lavoro e possono di nuovo tornare nell'ambiente famigliare, talvolta anche riprendere le loro occupazioni. Solo è avvenuto in essi un profondo mutamento. La loro freschezza psichica è scomparsa; sono divenuti smemorati, più deboli nella critica, apatici, mancanti di iniziativa, senza energia e senza costanza, non desiderano tornare a casa, si rifiutano anche addirittura di lasciare il Manicomio. Non hanno più perspicacia, non possono condurre in porto nessun affare, nè dirigere una casa, non sanno fare buon uso del danaro, spendono tutto ciò che hanno. Molti di questi infermi sono quieti, impacciati, depressi, diffidenti, negativisti, altri piuttosto sicuri di se stessi, affettati, puerilmente allegri, vanagloriosi, irritabili. Spesso si possono riscontrare le tracce della catalessia: smorfie, risa immotivate, piccole stranezze, esagerata complimentosità, manierismi nel dare la mano,

nel mangiare, nel lavorare. Molto frequentemente si ha grande esauribilità e grandissimo bisogno di sonno.

Sono questi specialmente i casi che non raramente presentano un manifesto decorso periodico. Ad intervalli più o meno brevi si verificano fasi di eccitamento, la cui durata non va di regola al di là di alcuni giorni o settimane. Gli infermi in tali periodi ciarlano per lo più molto confusamente e in modo uniforme, sono facilmente distraibili, ma poco accessibili, hanno un tono sentimentale esagerato e mostrano un vivace stimolo al movimento a volte addirittura violento e che nella sua mancanza di scopo, nella sua stereotipia, nella sua impulsività e influenzabilità

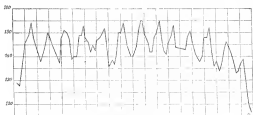



Fig. 14.

presenta i segni caratteristici della catatonia. A volte questi attacchi si ripetono solo dopo molti anni. Tuttavia a me sembra che a questi casi appartengono anche molti di quelli nei quali gli stati di eccitamento, come gli intervalli, durano solo poche settimane, sicchè si ha una regolare successione tra stati di eccitamento e stati di tranquillità. Nel sesso femminile l'esplosione di tali attacchi corrisponde per lo più ai periodi mestruali, in modo che all'inizio delle mestruazioni o poco prima si manifesta l'attacco, che dura poi 1-2 settimane, finchè si ha un intervallo di tranquillità, che in generale è un po' più lungo *(pazzia mestruale)*. Dopo che si sono manifestati leggeri accenni dell'iniziantesi attacco, quali risa senza motivo, occhio lucente, passeggiare su e giù, ecc., si sviluppa da un giorno all'altro, spesso di notte, il quadro di un grave eccitamento furioso. Il *peso del* corpo diminuisce allora rapidamente, a volte 2 o 3 chilogr. nelle 24 ore. La figura 14 rappresenta il decorso del peso del corpo in una lunga serie di tali accessi.

Lo stato di tranquillità è raggiunto di regola altrettanto rapidamende quanto quello dell'eccitamento, sebbene per lo più già verso la fine dell'attacco si possa osservare una leggera diminuzione della irrequietezza. L'infermo diviene di nuovo tutto ad un tratto ordinato, e in modo sorprendente quieto, apatico, indifferente e d'ordinario non acquista una completa coscienza della morbosità del suo stato, benchè si ricordi ancora bene di molti particolari di esso. Più spesso cerca di far apparire lo stato sofferto di eccitamento come se fosse stato causato dall'ambiente, dalla reclusione nel Manicomio, ecc. Egli si ritiene già fin dai primi giorni della iniziata tranquillità come completamente normale e domanda insistentemente di essere rilasciato. Allora si suole avere rapidamente un certo miglioramento somatico, ma il peso del corpo rimane, anche durante il successivo periodo, spesso inferiore a quello antecedente.

Gli accessi si possono ripetere nel modo suddetto per molto tempo con la maggior regolarità. Spesso però dopo un succedersi più frequente si ha una sosta più lunga o anche durevole. Oppure gli attacchi si estendono e vengono solo interrotti da brevi periodi liberi. Di regola però nell'uno come nell'altro caso si sviluppa una accentuata deficienza psichica: povertà ideativa, debolezza di critica, apatia e mancanza di volontà.

Dapprima io annoverava queste forme tra quelle della psicosi maniaco-depressiva. Neppure oggi io posso escludere che in quella malattia si abbiano anche quadri simiglianti. Però mi sono convinto che per lo meno una grande parte delle manie furiose periodiche non circolari con attacchi e intervalli di breve durata appartengonò al campo della catatonia. Non solo parla in favore di ciò l'esito in grave demenza, ma anche il fatto che molto spesso gli accessi rappresentano solo un periodo di un più lungo decorso morboso, che si inizia prima degli attacchi stessi e continua dopo questi presentando i caratteri della *dementia praecox*. Anche gli stessi stati di eccitamento sogliono corrispondere molto più al quadro della catatonia che a quello della mania. Si potrebbe pensare al massimo che si tratti in tali casi di una forma morbosa speciale.

I gradi più lievi della debolezza mentale catatonica passano senza un limite distinto in quel gruppo di casi che sogliamo considerare come guariti. Dalle mie osservazioni risulta che questi rappresentano il 13 %. In tali casi tutti i disturbi morbosi scompaiono così completamente, che i guariti sono come prima adatti alla loro professione nella vita libera. Tuttavia non posso tacere come anche in alcuni di questi casi si potevano

riconoscere ancora lievissimi residui della infermità superata; un giudizio un po' strano degli avvenimenti morbosi, contrazioni del volto, contegno più quieto, movimenti forzati, accenni di catalessia. Ha forse maggiore importanza il fatto che la durata della guarigione è stata fino ad ora accertata soltanto per alcuni anni. Noi sappiamo però che nella catatonia anche dopo uno o due decenni possono presentarsi ricadute gravi che conducono ad una profonda demenza. Io ho già veduto ammalare nuovamente molti dei miei catatonici apparentemente guariti, e quindi non posso stabilire attualmente quante delle guarigioni riferite siano da riguardarsi come tali nel senso più stretto della parola e se siano permanenti. Alcuni osservatori, p. e. Aschaffenburg, tendono ad ammettere che anche nei casi di catatonia che appaiono più favorevoli, rimangono residui lievi, ma duraturi. Meyer vide il 20-25 % dei suoi infermi migliorare fino al punto di poter di nuovo adempiere la loro professione così da sembrare normali a chi li circondava; però le sue osservazioni consecutive risalgono solo ad alcuni anni.

Ad ogni modo la prognosi della catatonia viene molto difficoltata dal fatto che in un gran numero di casi osserviamo più o meno rapide *remissioni di tutte le manifestazioni morbose.* Gli infermi divengono coscienti, lucidi e perspicaci per lo più solo per breve tempo, per ore o per giorni. La impressione di questi miglioramenti inaspettati e spiccati è sorprendente. Noi vediamo l'infermo, che fino a quel momento sembrava completamente confuso col suo modo di fare insensato o con la sua apatia, divenire tutto ad un tratto completamente tranquillo e ordinato. È orientato in quanto al tempo e al luogo, riconosce le persone che lo circondano, si ricorda di tutto ciò che è avvenuto, anche delle sue azioni insensate, ammette di essere ammalato, scrive lettere coerenti e ragionevoli ai suoi parenti. Certo, ad un esame più attento si riconosce sempre l' esistenza di una certa mancanza di libertà nel modo di comportarsi, un tono sentimentale caratteristicamente elevato o imbarazzato, e la mancanza di una vera coscienza di tutti i fenomeni morbosi. Queste remissioni della malattia sogliono scomparire con la stessa rapidità con cui si sono manifestate. Si riscontrano più frequentemente negli stati di eccitamento, sono molto più rare e meno complete quando si manifesta lo stupore.

In un numero abbastanza grande di casi, circa nel 20 % degli infermi secondo la mia statistica, le remissioni possono durare anche per molto tempo, sicchè simulano la guarigione. Quasi sempre, anche nei periodi intervallari, rimangono certe caratteristiche del contegno degli infermi, le quali indicano che non si tratta di vere guarigioni.

Tra queste caratteristiche sono da ricordare specialmente il contegno impacciato, forzato, affettato o estremamente tranquillo, o restio; la irritabilità, la incompleta coscienza dello stato morboso. Una delle mie inferme che era stata una fanciulla onesta, in una di queste remissioni che durò 5 anni, ebbe 3 figliuoli illegittimi, l'ultimo dei quali fu da lei soffocato per sbadataggine; durante il carcere preventivo si ebbe poi un nuovo attacco molto violento di eccitamento catatonico, che condusse ad una demenza semplice. Sette anni dopo si manifestò, in manicomio, un altro grave stato di eccitamento che decorse rapidamente. Le ricadute avvengono per lo più entro i 5 anni, in alcuni casi però possono manifestarsi anche dopo 7, 10 e anche 20 anni.

Sfortunatamente fino ad ora non mi è stato possibile trovare sicuri punti d'appoggio per poter trarre conclusioni sull'esito probabile dei singoli casi. Se noi consideriamo in certo modo la guarigione quale remissione duratura, dovremmo allora poter rispondere alla questione in quali casi vi è la speranza di una lunga remissione e per quanto tempo si ha il diritto di nutrire questa speranza. Senza dubbio può dirsi che in generale conducono più facilmente alla remissione i disturbi insorti in modo acuto, gli stati accentuati di stupore e di eccitamento, analogamente a quel che avviene nella paralisi progressiva. Poichè un inizio acuto è molto più frequente nella catatonia che nelle forme ebefreniche, possiamo forse riferire a tal fatto anche la prognosi più favorevole della prima. La probabilità di un considerevole miglioramento dovrebbe essere inoltre tanto minore quanto più spiccate sono quelle caratteristiche che prevalgono nella massima parte dei casi assolutamente inguaribili. Ad esse appartiene la perdita della vivacità emotiva, mentre è mantenuta la capacità di percezione, l'insorgere di idee deliranti insensate senza affettività od eccitamento, inoltre le stereotipie e i manierismi stabili, infine gli stati di depressione ed eccitazione periodica che si succedono rapidamente. Naturalmente fino ad ora è solo una ipotesi che lo sviluppo di questi o di altri segni stia ad indicare che si manifesterà uno stato terminale inguaribile; però mi sembra che molte osservazioni parlino in questo senso; un grandissimo numero di osservazioni metodicamente continuate sotto questo punto di vista ci darà sempre maggiori chiarimenti.

Certo è che non sempre è facile di assicurarsi completamente della esistenza di questi stessi segni. Indifferenza di fronte a ciò che succede può venire mentita dal negativismo e dallo stupore. Solamente quando gli infermi, malgrado esista completa coscienza e manchino i segni del negativismo non s'interessano più ai loro compagni di sventura,

o ai loro parenti e alla loro professione e accettano con indifferenza l'opposizione alle loro strane idee deliranti, noi siamo autorizzati a concludere per una vera distruzione della eccitabilità emotiva. Ugualmente si potranno utilizzare, per giudicare della possibilità della guarigione solo le vere stereotipie che sono mantenute per lungo tempo e come cristalizzate; finalmente quegli stati di depressione e di eccitamento che insorgono tutto ad un tratto ad intervalli presso a poco eguali e che egualmente scompaiono dopo una breve durata. D'altra parte la persistenza di un accentuato negativismo, unito a stato di stupore potrebbe lasciare ancora la possibilità, pur dopo lungo tempo, di un miglioramento progressivo; per lo meno conosciamo dei casi nei quali anche dopo 3-5-8 anni di stupore negativistico si manifestò una sorprendente guarigione con difetto. Se però in tali casi si possa sperare qualcosa più che una lontanissima probabilità di guarigione potrà solo in seguito essere dimostrato.

Un ultimo esito della malattia è quello che conduce gli infermi a morte. In alcuni casi succede che gli infermi durante le manifestazioni di un grave eccitamento muoiano, apparentemente per esaurimento, ma a volte anche in seguito a lesioni o altre malattie accidentali. Molto più frequente è però lo sviluppo della tubercolosi negli infermi che si mantengono immobili, che respirano solo molto superficialmente e che sono difficili a curare. In tal modo la mortalità, appunto negli stati terminali demenziali dei catatonici, è relativamente grande.

In alcuni soggetti che morirono presentando il quadro del delirio acuto e che furono da Alzheimer (1) ascritti alla catatonia, vennero da lui descritte profonde alterazioni nelle cellule della corteccia cerebrale, specialmente degli stati profondi. I nuclei apparivano molto rigonfi, la membrana nucleare increspata, il protoplasma cellulare considerevolmente raggrinzato con tendenza alla distruzione. Nella glia si riscontrò una neoformazione di fibre, le quali « abbracciavano strettamente », in modo caratteristico, i corpi cellulari. Dopo un più lungo decorso della malattia, Nissl potè mettere in evidenza estesi cangiamenti cellulari i quali tuttavia presentavano grandi diversità di natura e di grado. Anche un non piccolo numero di cellule sembrò fosse andato in rovina, però non si potè mettere in evidenza alcun raggrinzamento della corteccia. Specialmente negli strati più pro-

(1) Alzheimer, *Centralbl. f. Psychiatrie*, 1900, 296.

fondi si riscontrarono numerose e grosse cellule di glia in degenerazione regressiva, come in condizioni normali si riscontrano solo negli strati più superficiali. Specialmente importante si riscontrò dappertutto il numero delle cellule di glia con sostanza cellulare appena colorata, col nucleo vescicolare molto grande, caratteristicamente pallido, cellule che spesso si riscontrarono vicinissime alle cellule nervose degenerate; frammiste con quelle, per lo più alla base, gli usuali nuclei satelliti, che si trovavano anche in altri punti. Tali reperti si poterono dimostrare specialmente anche nella zona interna del midollo lombare. La figura 1 della tavola IV, dà un quadro del detto strato corticale appartenente alla circonvoluzione centrale anteriore, (ottenuto con un Zeiss 2, ad immersione omogenea 1,30 di apertura, oculare di proiezione II ad una distanza di un metro). Si distinguono qui quattro cellule nervose A, B, C, D, delle quali specialmente l'ultima è già nello stadio di grave degenerazione, mentre nelle prime sono ancora riconoscibili per lo meno i prolungamenti. Inoltre si riconosce bene un gran numero dei descritti nuclei di glia, vescicolari (G.), con nucleoli alla periferia, contornati da una sottilissima membrana. Queste formazioni contornano in grande quantità le cellule nervose semi-degenerate e sembra che si spingano dentro a queste. Il reperto corrisponderebbe a quello che Alzheimer ha molto giustamente indicato nel reperto della glia col nome di « stretto abbracciamento ». In tali casi abbiamo il processo della « neuronofagia », che è del resto da comprendere solo nel senso, che distruggendosi le cellule nervose, lo spazio viene occupato da cellule di glia neoformate. Nè questi processi, nè lo stato delle cellule della glia sono per sè caratteristiche della catatonia; per contro in questa malattia i quadri descritti sono di regola diffusi in modo manifesto negli strati profondi della corteccia.

Forme paranoidi. — Tanto nella ebefrenia quanto nella catatonia si manifestano frequentemente accentuate idee deliranti. Mentre però in quelle forme esse sogliono di regola impallidire dopo un tempo relativamente breve, dobbiamo ora prendere in considerazione un gruppo di quadri morbosi, nei quali *accanto alle manifestazioni di un indebolimento psichico rapidamente sviluppantesi, mantenendosi completamente integra la coscienza, idee deliranti e per lo più anche disturbi psico-sensoriali formano per molti anni il disturbo più accentuato.* Queste forme sono state fino ad ora ascritte per lo più alla paranoia; a me sembra però che appunto per la rapida caduta in demenza debbono essere piuttosto rimesse nel campo della *dementia praecox.* A ciò si aggiunga il fatto che non raramente esse hanno un inizio acuto e spesso presentano alcuni

segni catatonici, stati di stupore e di eccitamento, manierismi, giuochi di parole, neologismi e confusione verbale.

Un primo gruppo di casi appartenenti a questa forma io ho descritto col nome di *demenza paranoide*. In questi casi esistono permanentemente *idee di persecuzione e di grandezza, incoerenti, continuamente cangianti, unite a lieve eccitamento*. La malattia, come le altre forme della *dementia praecox*, suole iniziarsi coi fenomeni generali di una lieve depressione, cefalea, spossatezza, insonnia, mancanza di volontà al lavoro, irritabilità, irrequietezza interna. In seguito l'infermo diviene quasi tutto a un tratto agitato, ansioso, spaventato, prega a lungo, fa discorsi strani e manifesta una grande quantità di idee deliranti. L'infermo dice che viene osservato accuratamente dappertutto, che gli si rivolgono domande strane, che si tentano contro di lui intrighi, che si cerca di avvelenarlo, che tutti i suoi pensieri sono resi pubblici. Queste idee deliranti acquistano in modo molto rapido un contenuto affatto stravagante. Un giovane ufficiale già dopo pochi mesi da che si erano manifestati i primi fenomeni raccontò che il suo medico gli aveva tagliato la testa, aperto il ventre e tolti i visceri, e gli era stato messo un piede da cavallo.

Di notte vengono lasciati entrare nella camera vapori mefitici, vengono applicate ventose, praticate iniezioni, tolto il senso genetico, strappati i nervi; viene frugato il corpo dal ventre fino al collo, stirato l'ano, seccato il sangue, tolta la carne dal corpo, letti i pensieri, contorti i tratti del viso e fotografati segretamente; viene usata contro l'infermo la magia e la simpatia. L'infermo viene murato dentro il camino, viene gettato vivente da una fabbrica o da una chiesa, sopra una ruota, martoriato da gente iniqua. Il bestiame non mangia più come prima perchè è stregato; il marito è cambiato, non ha più la vera fede; nei cibi vi è il veleno; tutto è cambiato e illusorio; il « libro pallido » è aperto; la fine del mondo è prossima, il parroco è stato ucciso e sotterrato.

Nello stesso tempo si manifestano per lo più *allucinazioni uditive*, tutti parlano dal muro, per mezzo del telefono tutto il paese parla all'infermo; in casa vi sono uomini; dietro le spalle dell'infermo vi è la furberia e il mistero; egli è conosciuto in tutto il paese come spione; qualcuno dice: « per bacco che orecchie ha questo uomo! ». Più rare sono le allucinazioni visive, il vedere spettri, teste insanguinate di uomini, cadaveri appesi.

A questo momento s'impadronisce dell'infermo un certo eccitamento. Egli diviene facile all'ira, furioso, litigioso, ride, piange e canta

nello stesso tempo. Però l'orientamento non suole perdersi. Possono manifestarsi spesso atti strani con gravi conseguenze, quali il suicidio, aggressioni pericolose e tentativi d'incendio. Una delle mie inferme produsse ai suoi bambini gravi ferite per procurar loro, con la morte, la salvezza dell'anima, secondo essa, in pericolo. Un'altra uccise quasi suo marito che dormiva tranquillamente, per liberarlo dalle sue sofferenze, perchè le era venuto in mente che egli fosse moribondo. In seguito aggredì di notte le infermiere, perchè diceva che queste, con la sveglia, le strappavano gli intestini dal ventre.

Di regola questa depressione triste o ansiosa iniziale non dura molto a lungo. Invece si manifesta sempre più, ed in generale molto presto, un colorito espansivo sia del tono sentimentale come delle idee deliranti. Le inferme divengono allegre, eccessive, ciarliere, prendono il titolo di marchesa, imperatrice, sostituta della Vergine Maria, portano in seno l'imperatore del mondo, desiderano di essere chiamate maestà.

In un certo numero di casi si inizia a questo momento un impetuoso sviluppo di delirii di grandezza fiorenti e insensati, senza misura nè scopo. L'infermo è stato scambiato da bambino, è il conte Eberstein, è monarca, è Maria Teresa, appartiene all'ordine mondiale dell'imperatrice di Francoforte, è l'ideale delle donne, la regina celeste, presidente di America, di Amburgo, Pio IX e Leone XIII in una persona, è « Jesasus Cristasusaseus, Angelicus », è il « senso divino », è medico, poeta, scopritore, genio universale, perla e sostanza di tutto il mondo; egli sa tutto, può tutto e comanda su tutti. Egli discende dal Duca di Brabante, dai profeti, dai primi raggi del sole, egli non è venuto al mondo in modo naturale, è stato pescato nella corrente del Rio delle Amazzoni, proviene dal sangue e dalla saliva polverizzata, ha già vissuto molte volte, ha fatto cose favolose, ha diretto tutti gli avvenimenti storici, comandato tutte le guerre, è volato per il cielo e per l'inferno; egli stesso è stato Alessandro e Cesare, Maometto e Lutero, Goethe e Humboldt. Egli possiede le donne più belle, ha innumerevoli figli, tiene il metodo di vita africano; così non può assolutamente morire.

Il regno di Dio è stato portato quaggiù da lui, il suo monumento sarà elevato fino alle nuvole; per suo mezzo i secoli saranno rinumerati e liberata la Germania. Il buon Dio ha mostrato a lui tutto; egli può mangiare vulcani, porta il suo cervello sulle spalle, egli si è offerto a Dio sotto forma di bestia selvatica. Possiede splendidissimi castelli in tutte le parti del mondo e li chiama con nomi meravigliosi inventati da lui stesso e vi è servito da spiriti, ha splendide possidenze nel sole, nelle stelle, ha smisurate ricchezze; egli sposerà una principessa, combatterà per la fede, libererà il mondo, gli sarà asse-

gnato il posto di portabandiera francese, egli sa che cosa significano e bandiere le quali dall'alto del monumento si riferiscono a lui; egli è un portento come non ne è apparso al mondo da secoli.

Oltre a questi spiccati, mostruosi delirii di grandezza che ricordano quelli della paralisi progressiva, si manifestano anche idee di persecuzione, che per lo più vengono espresse con volto sorridente, giulivo. L'infermo ha combattuto fin dal principio del mondo spaventevoli lotte con potenze nemiche; è stato avvelenato 2000 volte, è stato fatto saltare in aria con macchine infernali, ucciso in effige, è stato rimpicciolito con fasciature di gesso; innumerevoli freccie hanno perforato il suo corpo. I suoi arti sono stati tagliati, il capo è stato reciso dal busto, tutti gli intestini sono liquefatti, i genitali mutilati, ma come la fenice dalle sue ceneri, l'infermo si è rialzato trionfante da tutte queste disgrazie, ha riformato da se stesso il corpo di materia indistruttibile e ha vinto completamente i suoi avversari. Di regola queste idee deliranti si lasciano, coi suggerimenti, influenzare in modo qualunque e con obbiezioni aumentano, divenendo sempre più stravaganti. A volte quello che viene letto dà motivo a nuove invenzioni.

Anche il contenuto dei disturbi psico-sensoriali partecipa al cambiamento del quadro morboso; angeli scendono dal cielo, il buon Dio, l'imperatore Gugliolmo in uniforme di gala contornato di bandiere e di stelle appare agli infermi. Essi parlano tutti i giorni col buon Dio, con ordini telegrafici vengono destinati ad essere Gesù Cristo dell'Austria, la voce del cuore parla di potenza e di ricchezza; la voce all'orecchio dice frasi di protezione. Durante la notte intraprendono in sogno viaggi meravigliosi attraverso tutta la terra, sopra vapori magnifici, nelle più belle sale di marmo e anche attraverso l'universo e nei mondi al di là della luna, hanno relazioni notturne con principesse. « Io sto molto lontano di qui, anche quando io sono nello stesso tempo nel Manicomio », mi diceva un malato, « e non ho bisogno di masturbarmi ».

Tutta questa insensata filastrocca viene detta dall'infermo discorrendo rapidamente e spesso, anche scritta con lunghissime annotazioni comprensibili solo a tratti. Per lo più è difficile interrompere, una volta scatenata, la corrente di parole. Malgrado ciò non vi è un vero stimolo verbale e nemmeno fuga di idee, il malato non divaga in modo sconclusionato, ma mantiene il suo determinato corso di idee e in generale non parla senza occasione e senza uditorio. Quando lo si conosce da più lungo tempo si può osservare come certe frasi e certe rappresentazioni ritornino spesso, specialmente quando diminuisce la originaria fertilità inventiva.

Qualunque accenno alla completa insensatezza e incoerenza delle idee manifestate dall' infermo non fa a questi alcuna impressione, solamente può farlo divenire in alto grado irritabile e inquieto. Malgrado ciò nei discorsi si manifestano frequentemente parole che sembrano indicare l'esistenza di un certo senso di malattia. « Può anche essere che io sia malato di mente », mi disse una volta un infermo « perchè io non so più nulla di me stesso ». Un altro raccontava di aver provato al principio della malattia come « un colpo nella memoria ». « L' inizio della malattia è dovuto al dolore al capo e alla memoria tesa »; « Ella non ha alcuna idea di ciò che avviene dentro il mio corpo; io dico spesso che si dovrebbe spezzare ».

La *coscienza* del malato è in alcuni casi completamente lucida, ma per lo più è un po' offuscata, specialmente quando l'infermità dura da lungo tempo. Gli infermi sanno abbastanza bene dove si trovano, comprendono le domande semplici e dànno risposte giuste, benchè abbellite con aggiunte insensate quando s'interrogano con insistenza sulle loro condizioni personali. I parenti più prossimi sono di regola riconosciuti e alle volte vengono anche riconosciute alcune persone che gli infermi hanno frequentato negli ultimi tempi. Quasi sempre però si verifica la tendenza a dare ad estranei nomi o storici o inventati, oppure a identificarli con vecchie conoscenze. I medici sono alti impiegati di Stato travestiti, i compagni di sventura sono principi imperiali, Makart, Riccardo Wagner; un malato che entra nel comparto viene salutato come un regnante. La percezione delle persone è in alcuni casi completamente oscura e confusa; una mia inferma domandava regolarmente, quando il medico entrava, anche dopo parecchi anni che l'inferma si trovava nel manicomio: « Il signore è stato già qui altre volte? ».

A volte sembra all'infermo che ogni nuova persona sia una vecchia conoscenza, non perchè egli la scambi con un'altra, ma perchè alla nuova impressione va unita tutta una serie di *illusioni mnemoniche*. Così crede subito di aver vissuto antecedentemente insieme per lunghi anni con l' individuo che incontra, di essere andato a caccia con lui nella luna, che gli sia stata tagliata da lui la testa. Questa specie di errore di persona è certamente solo una manifestazione parziale della tendenza esistente alla invenzione sognante, abbondante, sfrenata.

L' *intelligenza* è colpita sempre rapidamente e gravemente. In realtà all' inizio rimangono ancora alcune nozioni già dapprima acquisite, ma molto presto la capacità a lavori psichici ordinati e durevoli va sempre più perdendosi. Gli infermi non possono più seguire

lunghe spiegazioni e nei loro scritti e nei loro discorsi mescolano subito le loro digressioni confuse, deliranti.

Il *tono sentimentale* è d'ordinario aumentato. Gli infermi hanno una grande stima di sè, sono alteri, pretenziosi, si considerano come persone elevate, richiedono speciali riguardi, hanno grandi pretese nella scelta dei cibi. Alcuni infermi mostrano in modo persistente una certa irrequietezza e una grande irritabilità emotiva. Passeggiano in fretta in sù e giù, fanno rumore di notte coi mobili della camera, si vestono avanti a chiunque, si grattano, ciarlano molto, hanno la tendenza a insultare e a compiere azioni brutali per cause insignificanti. A volte si possono avere esplosioni di ira cieca di straordinaria violenza, specialmente in relazione alle epoche mestruali. È molto frequente una aumentata eccitabilità sessuale.

In altri casi il contegno degli infermi è più ordinato, sicchè possono essere utilizzati anche per alcune occupazioni meccaniche, ma in genere sono molto capricciosi e mutevoli. Il loro modo di parlare diviene a poco a poco oscuro e difficile a comprendersi, specialmente perchè vi si mescolano espressioni e frasi inventate da loro che sogliono fissarsi durevolmente o ritornare spesso. Uno di questi infermi dava nel modo seguente il suo indirizzo: « Aewa owa Ouwon Aewouwio saneo to totosaak saakiou sahaia siri tou toutou. Koch Waiowa noxyowiüowäüoayoohoeho hächi hihi ». Questo era il nome del suo castello. A volte si ha uno strano accumulo di superlativi perchè gli infermi cercano di descrivere le loro sofferenze adoperando tutte le possibili espressioni verbali. Anche la scrittura è a lettere grosse, talmente che talora alcune lettere o parole prendono perfino tutta una pagina Un esempio ci è dato dalla prova di scrittura V che venne scelta tra un grande numero di scritti ripetuti continuamente da uno stesso malato. Una idea del contenuto degli scritti può essere data dal seguente frammento:

Io ho fatto nascere l'essere più alto, più smisurato, più stimabile più colossale più infinito più illimitato l'unico più distinto l'unico più alto l'unico più smisurato l'unico più stimabile l'unico più colossale l'unico più illimitato *(e così di seguito per 6 pagine)* il più devotissimo il più amatissimo il più appassionatissimo il più esteso il più estesissimo il caldissimo il più caldissimo di venerazione di amore di gratitudine di devozione di passione di adorazione che possiede l'adorazione .... io ero solo e rimango tal quale l'unico più perfezionato il più grande dell'immortalità in potenza più variata di modo di maniera di persecuzione!.. Son quasi 3 anni che nel modo più terribile sono la vittima di una bestialissima banda di assassini e di briganti e vengo con tormenti morali macellato ucciso col furto più terribile della mia antecedente perfezionatissima bel-

lezza ucciso con una bruttezza terribile fin dalla nascita subii e subisco come continua vittima da tutte le bande di assassini e di briganti del mondo gli omicidi per furto per l'onore ed io ero sono e resto l'essere più perfezionato più stimabile il più buono più immortale l'essere immensamente ricco il monarca più grande di diversi Stati, ecc...

Si osservi la mancanza di interpunzione, e la tendenza a giungere ad una maggiore efficacia di espressione per mezzo di ripetizioni, comparazioni, di unioni di tempo passato e presente.

Disturbi *somatici* accentuati non si riscontrano d'ordinario negli infermi; solo alcune volte io ho potuto mettere in evidenza un considerevole aumento della eccitabilità vasomotoria, p. es. il forte arrossamento e impallidimento nelle oscillazioni emotive più lievi e anche nel semplice parlare. L'*appetito* può a volte essere diminuito durante il periodo iniziale per le idee di avvelenamento, ma in seguito è per lo più eccellente. Il *sonno* è qualche volta disturbato da irrequietezza notturna. Il *peso del corpo* mostra solamente irregolari oscillazioni; per lo più gli infermi hanno un aspetto fiorente.

L'*esito* della demenza paranoide è una confusione a carattere demenziale. Gli infermi rimangono sempre coscienti e orientati, ma i loro lunghi discorsi divengono spesso un incoerente vaneggiamento, nel quale per chi esamina sono riconoscibili i residui delle idee di persecuzione e di grandezza; molto più raramente il delirio va gradatamente scomparendo. Il tono sentimentale mostra una allegria arrogante, unita a periodi di irritabilità. Nel loro contegno però gli infermi sogliono essere sufficientemente ordinati.

La rapidità con la quale si afferma questa demenza non è sempre uguale. In alcuni casi già dopo alcuni mesi si rimane colpiti dai segni evidenti della debolezza psichica, mentre in altri possono passare anche uno o due anni prima che l'indifferenza con la quale vengono espresse e mantenute le idee deliranti più strane renda evidente la distruzione della capacità di critica. Da questo punto in poi gli infermi possono rimanere per un decennio e anche più a lungo senza mostrare quasi alcun mutamento. A volte osserviamo però un decorso periodico. Stati di depressione o stati di eccitamento con idee di grandezza rapidamente decorrenti possono precedere di varii anni la vera esplosione della malattia. Anche in seguito possono aversi periodi nei quali gli infermi negano le loro idee deliranti che indicano quali « sciocchezze », pur non avendo un vero e chiaro senso della malattia.

Il secondo gruppo molto più esteso, composto di quadri morbosi che per ora io sono inclinato ad inserire in questo posto, è caratte-

rizzato dal fatto, che cioè *idee stravaganti,* per lo più accompagnate da numerosi disturbi psico-sensoriali, *si sviluppano in modo più coerente e vengono mantenute per una serie di anni, per scomparire in seguito o divenire completamente confuse.* Tali forme antecedentemente io le metteva tra le forme fantastiche della paranoia, come suol farsi in generale. A poco a poco però mi è sembrato sempre più verosimile che queste siano in parentela più stretta con la *dementia praecox* che con la paranoia. Se in tali forme si tratti realmente di una malattia caratteristica deciderà l'avvenire.

La malattia comincia per lo più anche in questi casi con un tono sentimentale triste più o meno accentuato e con idee deliranti depressive graduatamente affermantisi. L'infermo si sente infelice, solitario, si fa molti rimproveri come quello di essersi rovinato per sempre il corpo e l'anima con la masturbazione e di essersi appropriato ingiustamente roba altrui, si abbandona completamente a scrupoli religiosi, prega con ardore, canta orazioni, ha idee di suicidio per evitare gravi disgrazie. Egli diviene estremamente suscettibile e diffidente, si accorge che l' ambiente gli è ostile, fa ovunque le sue « silenziose osservazioni ». Si tosse in modo strano dietro le sue spalle, gli si mostra la lingua, tutto gli è contrario, gli si fa tutto per dispetto, gli si fanno domande imbarazzanti. Il suo nome viene « trascinato » per i giornali, viene compromesso per mezzo di opuscoli; le produzione teatrali contengono beffe per la sua persona: i discorsi dei passanti riguardano lui. I bambini nella strada fischiano e cantano per fargli dispetto; i vicini lo canzonano con gesti e allusioni. Un'individuo che egli incontra porta in giro il suo naso grosso, il suo volto arrossato, solo per fargli dispetto, un tale che passa casualmente sembra a lui che abbia in animo di aggredirlo in modo pericoloso. La moglie è infedele, riceve l'infermo in modo diverso di prima, si spaventa quando egli ritorna, mentre dorme confessa la sua colpa; l'infermo sente nel cuore che ella ha relazione con altri uomini. Una grande quantità di pensieri « sospettosi », idee, suggestioni, insorgono in lui. L'infermo deve pensare a tutta la sua vita passata « in 4 ore deve riandare col suo cervello 19 anni »; egli dovrebbe scrivere un libro se dovesse notare tutto ciò che gli viene in mente.

Generalmente si hanno anche vere allucinazioni uditive con le quali a volte la malattia s'impone in modo rapido; sono voci telefoniche, segnali aerei attraverso gli sportelli. Tutti lo ingiurano e lo minacciano: « egli ha rubato, ha detto male del suo padrone, deve essere riportato a casa a spinte, deve essere condannato; la perquisizione domiciliare lo dimostrerà; la moglie sarà contenta; a te vien fatto il

giuoco, tu sei un pidocchioso ». Egli deve venir portato al boia, trovare la morte sotto una locomotiva; il veleno è già nel bicchiere; egli già lo ha; « se egli sapesse che ci sono io », dice una voce sconosciuta di uomo. Nel sesso femminile è specialmente contro l'onore che si rivolgono in genere le « persecuzioni »; « essa ha 4 bambini, è una donnaccia, una troia, una meretrice, è incinta, è contaminata, è completamente corrotta, ha ucciso il suo bambino ».

A volte queste allucinazioni sono così distinte, fatte a voce così alta, che l'infermo può ripeterle parola per parola e le considera quali usuali percezioni e può ben distinguere le voci. I persecutori stanno in cantina, nelle pareti, nella camera vicina, sul tetto (« corrieri di soffitto, » « passanti attraverso le mura »), tormentano i suoi genitori, i cui lamenti si sentono dall'infermo. In altri casi sono lievi sussurrii e bisbigli, « suggerimenti », il contenuto dei quali viene compreso solo in complesso. Anche nelle grida di animali, nei fischi della ferrovia l'infermo avverte determinate ingiurie; egli apprende anche « dal suono delle campane » di essere perseguitato.

Di notte gli vengono mostrati quadri che lo fanno inquietare; il cibo ha talvolta un sapore o un odore strano, « come di cadavere »; nel caffè vi è orina e fosforo, nel brodo olio di ricino. Dopo aver pranzato ha dolori di ventre, gonfiore, prudore in tutto il corpo. Di notte la camera è ripiena di un vapore solforoso, il letto sembra che bruci come se lo attraversasse una corrente elettrica; in testa sente rumori come di un orologio, come di una ruota di mulino. I dolori nei periodi mestruali significano che le inferme sono state deflorate sotto la narcosi cloroformica. Alcune cose scompaiono in modo misterioso o si ritrovano spostate; gli abiti sono pieni di buchi, di macchie, di segni di sciupio che non possono essere spiegati; il volto sembra, allo specchio, sconvolto, rigonfio; le persone o gli oggetti dell'ambiente sembrano, ogni tanto, cambiarsi in modo sorprendente; vengono cambiati per confondere l'infermo; le lettere che giungono sono falsificate; si trasportano nell'ambiente sempre nuovi individui. Anche i sogni hanno spesso un secreto significato; viene usata la simpatia; tutto è cambiato, è una « guerra di stato borghese notturna, religiosa, segreta, traditrice ».

In singoli casi lo sviluppo ulteriore del delirio può essere assai vario. Con speciale frequenza le rappresentazioni sogliono essere di *influenza somatica,* le quali d'altronde vengono spesso immaginate in modo molto stravagante (« delirio di persecuzione fisica »). Dapprincipio forse i dolori lungo la rachide e le gambe, un senso di pesantezza, dolori e tirature del ventre, indicano all'infermo che la salute

è stata lesa da preparati adoperati con artifici. Si presentano attacchi di vertigine, tremori per tutto il corpo, rilasciamento delle membra; gli infermi sentono come essi vengano messi in istato di letargo, distesi sul pavimento e accoppiati; donne nude si mettono sopra di loro e strappano loro il membro. Un leggero dolore di ventre o una transitoria pesantezza di capo rende evidente come sia stato messo del

Fig. 15.

veleno nei cibi per roviuare i loro visceri e indebolire la memoria; il cervello gira come un arcolaio. Si eccitano loro i genitali, li si spinge all' onanismo, si strappano ad essi i pensieri dalla testa, il sangue dal corpo, si cerca di farli divenire giorno per giorno più stupidi. A volte gli infermi cercano di darsi anche una esatta ragione dei mezzi con i quali vengono prodotti tali effetti da lontano (telepatia). Sono specialmente batterie magnetiche e elettriche con le quali lavorano i loro persecutori, apparati di raggi luminosi, grandi

specchi concavi ecc., dei quali alcuni infermi dopo lunga convivenza coi loro nemici fanno disegni dettagliati (1). Un disegno di tal genere è rappresentato nella fig. 15, dalla quale risulta per lo meno come le influenze nemiche si rivolgono a punti diversi. In altri casi si tratterà di forze magiche, di simpatia, di ipnotismo, dei raggi RÖNTGEN, a seconda del grado di istruzione degli infermi. Uno dei miei infermi si sentì « in pubblica reclusione ipnotica », malgrado una apparente libertà nella sua larga gabbia, perchè gli « ipnotizzatori » lo tenevano completamente in loro potere per mezzo della forza ipnotica dei loro occhi; un altro che voleva allontanarsi, udì come se io lo richiamassi, e perciò ritornò indietro.

Quanto sono diversi tali ordegni, tanto diverse sono anche le sensazioni delle quali si lagnano gli infermi. La pelle viene trafitta da innumerevoli palle e da aghi, spruzzata da fine pioggia velenosa; nelle regioni più diverse del corpo vengono prodotti dolori brucianti, pungenti, trafiggenti. Nelle orecchie vi è una calamita; le singole membra vengono messe in movimento contro la volontà dell'infermo; nel petto viene messo un meccanismo col quale l'infermo è guidato dai persecutori come un burattino. La lingua specialmente gli viene mossa per fargli dire cose che non vuol dire; « si mette così in moto la lingua, sicchè si deve parlare si voglia o no ». Le sue viscere vengono strappate e mescolate insieme, vien gettato fango nel suo cibo, nel suo sangue, viene ucciso « come un porco », l'intestino « viene sgomitolato e depositato sopra lastre », « viene adoperato l'incanto sulle urine », viene impedita la defecazione, la respirazione spostata, le feci trasportate nel cervello, il membro « tirato fuori orizzontalmente e rimesso dentro a piombo », viene tolto lo sperma, rotti i denti. Più spesso queste diverse sensazioni, cui si danno nomi speciali, vengono descritte minutamente, quali il tremore delle dita, il gonfiore della carne, l'arrestarsi e il ritornare a circolare il sangue, il far succedere avvenimenti, lo scoppiare di bombe, ecc.

Uno speciale procedimento dei persecutori, che sono spesso chiamati con strani nomi, consiste nell' « estrazione » del pensiero. Gli infermi avvertono come i loro pensieri possono essere diretti (suggeriti) secondo volontà nemiche (« raccogliere i pensieri », « spingere i pensieri »). Tentando di lavorare gli infermi divengono tutto ad un tratto « disanimati », e allora debbono cessare, oppure vengono loro buoni

(1) HASLAM, *Erklärungen der Tollheit, übersetzt von Wollny*, 1889.

pensieri, che però evidentemente non sono i loro, ma sono suggeriti. Nello sbaglio involontario di una parola dicono che « probabilmente hanno avuto una ispirazione »; hanno « pressioni e inquisizioni criminali »; viene loro attribuita l'idea immaginaria di essere re.

Infine essi non sanno più se pensano da sè stessi o se siano « suggestionati ». A volte i pensieri vengono anche detti ad alta voce (sdoppiamento del pensiero), specialmente durante la lettura. Le voci risuonano simultaneamente al pensiero, ma possono anche precederlo: « Io posso leggere più presto di te »! Gli infermi avvertono come se il loro intelletto sia aperto a tutti; ognuno può leggervi a piacere; è una « lettura di pensiero »; « un interrogatorio notturno ». Altri hanno il dono di comprendere perfettamente l'infermo, mentre egli deve servire solo come un « vero medium ». Questo sentimento di dipendenza forzata, impotente, da estranee influenze, pone l'infermo in una rete inestricabile, delirante, di rappresentazioni tormentose. Un esempio di simili processi ideativi è dato dal seguente frammento di lettera:

« Io mi trovo in una grandissima angoscia, che cioè vi sia un grande pericolo che la mia vita abbia una fine disastrosa perchè tutto il manicomio è costruito come un meccanismo che non è condotto da menti normali, ma da pazzi nelle celle, le quali vengono regolate come ruote d'ingranaggio, e non solo le celle sono organizzate in modo che bisogna muoversi come sopra una rete nervosa telegrafica, ma anche sui corridoi ogni metro quadrato rappresenta una suddivisione che richiede un qualsiasi burattino sia per il contegno come per la violenza. Però si sviluppano nelle divisioni vapori, onde ardenti, che da una parte danno origine ad un orribile grado di timidezza, e d'altra parte ad una potenza e rapidità brutale e affascinante; oltre a ciò esiste un continuo clamore di suoni medianici, di voci intermediarie che influiscono in modo orrendo e crudele sull'animo con le loro contraddizioni. È completamente indescrivibile con quale raffinatezza maligna vengano condotti quei discorsi che con l'aiuto di influenze vengono trasmessi scaltramente da corpo a corpo in modo da distruggere e che danno la testimonianza che i cosidetti pazzi stazionarii insieme con ogni genere di vagabondi e di arringatori sono nella vita i più crudeli delinquenti che esistano, sorpassati solo da un'altra classe la quale in alcuni casi prende un individuo e lo schiaccia senza scrupoli, con dita velenose, come fosse una massa morta riempita di altra materia. . . . ».

In alcuni casi non vengono percepite direttamente le influenze, ma solo gli effetti di queste. In tali casi i nemici vengono di notte mentre l'infermo dorme, lo rapiscono e fanno con lui le cose più schifose, influenzano il suo cervello, compiono su lui atti di pederastia, gli mettono in bocca sperma e feci, cambiano le sue ossa. Sfortunatamente con tutto ciò l'infermo non si sveglia, ma solo la mattina seguente si accorge di essere stato riempito di cose schifose, che gli è stato vuo-

tato il cervello, che gli è stata tolta la sostanza cerebrale, dislogate e seccate le membra. Le malate avvertono di essere gravide, di avere partorito. La varietà e l'enormità di questi lamenti è straordinaria.

Un caratteristico sviluppo del delirio di persecuzione fisica è dato da quel quadro morboso che ha anche un'importanza storica, morale, e che viene denominato di « *possessione* ». In tali casi i nemici che tormentano i malati si sono messi proprio nel corpo dell'infermo. Il persecutore o i persecutori risiedono nelle orecchie e intontiscono l'infermo con le loro grida e le loro terribili bestemmie, più frequentemente però risiedono nell'addome, salgono fino alla testa, stringono la gola del malato, condensano il suo sangue, gli aprono il cranio, lo costringono a commettere azioni strane e dal ventre gli dicono cose sacrileghe. In questi casi può avvenire che nel ventre dell'infermo si unisca alla potenza nemica un'altra potenza amica che spinge il nemico in altra parte del corpo e inizia lunghi e ostinati combattimenti e dialoghi. Mentre nelle forme che abbiamo descritto antecedentemente i persecutori erano imaginati per lo più come una banda di nichilisti, di framassoni, di socialisti, in questi ultimi casi sogliono venire prese quali spiegazioni le imagini religiose. È un'anima trapassata, il diavolo, uno spirito maligno che ha preso possesso del corpo dell'infermo ed al quale a volte si oppone vittoriosamente il buon Dio o uno degli arcangeli.

Nella grandissima maggioranza dei casi si uniscono a queste idee di nocumento, più o meno spiccate *idee di grandezza*. L'infermo « ha sofferto ammirevolmente », egli è chiamato ad altissime cose, e re fin dai tempi del bisnonno, è proprietario del Regno Tedesco, deve attendersi un migliore avvenire. A volte sono vivaci sogni che lo compensano di tutti i dispiaceri. In queste « spirituali dissipazioni notturne », la potenza di Dio lo conduce in paesi stranieri, gli fa avere relazioni, anche sessuali, con persone di alto grado, gli fa grandi promesse per l'avvenire. Oppure si hanno, con completa coscienza, vere visioni. L'infermo si sveglia di notte in preda a voluttose indescrivibili sensazioni, si sente penetrato e rischiarato dallo Spirito Santo. I suoi occhi vengono abbagliati dalla luce che riempie la sua camera da letto ove penetra anche un meraviglioso profumo. Egli vede Dio in forma di stella, una figura piena di significati fatta di punti luminosi, una splendida forma con vestiti preziosi, la Madre di Dio, angeli con ali d'oro che portano una corona reale, Gesù Bambino che gli stende la mano, che gli dona l'universo, l'imperatore circondato da raggi solari. Insieme egli sente una voce che gli annunzia la sua alta mis-

sione: « Questo è il mio diletto figliuolo nel quale mi compiaccio », « a te vengono perdonati i tuoi peccati », ecc. A volte tali fatti si ripetono a lunghi intervali.

Anche i disturbi psico-sensoriali acquistano spesso un contenuto piacevole. Dio stesso parla all'infermo, lo nomina imperatore Barbarossa, gli regala moltissimo danaro, lo ammoglia con una principessa. Accanto a queste si allacciano frequentemente percezioni caratteristiche di natura non sensoriale, che vengono denominate « voci della coscienza », « voci interne che non parlano a parole ». Da queste l'infermo viene a sapere che egli gode in modo speciale la grazia divina, che è Cristo, un potente spirito umano, amato dalle più alte personalità, che vincerà tutte le lotte, otterrà dal paese la corona borghese. Sono proprio queste rivelazioni che sogliono avere per l'infermo una grandissima forza convincente; « ho prove innumerevoli e nessuna prova », mi diceva una inferma. Inoltre anche percezioni reali vengono elaborate dall'infermo nel senso delle sue idee. Una visita di persona proveniente dalla capitale è in relazione con la sua chiamata al trono. Il predicatore sul pulpito espone gli affari dell'infermo; nei libri tutto si riferisce a lui. Quando prega cade una fruttifera pioggia, oppure il cielo nuvoloso si rischiara ad un tratto appena egli mette piede sulla strada. Illusioni della memoria risvegliano nell'infermo l'idea che tutto ciò che avviene gli sia prima stato annunciato da Dio.

Durante lo sviluppo di queste idee deliranti che suole compiersi in alcuni mesi o qualche anno, gli infermi rimangono coscienti, orientati e ordinati in tutto. Essi sono in grado, specialmente al principio, di esplicare e giustificare abbastanza bene le loro idee e di combattere le obbiezioni; questo è il « metodo » del delirio. Così un infermo richiedeva semplicemente, quale compenso per la sua prigionia, la lista civile del re, spiegando come la negazione del diritto anche verso un solo individuo significava l'effettiva detronizzazione del re quale protettore della giustizia; quindi egli essendo stato danneggiato poteva perciò richiedere tutto ciò che il re, avendo commesso un'ingiustizia, doveva liberamente lasciare.

In séguito però si manifestano sempre più distintamente i segni della debolezza psichica. Le idee deliranti divengono più insensate, incoerenti, piene di contraddizioni, ora uniformi, ora mutevoli. Il processo ideativo diviene strambo, poco chiaro, confuso e infine non raramente affatto incomprensibile. Spesso esiste, almeno per qualche tempo, un certo senso di malattia; gli infermi si lamentano di essere mutati, incapaci al lavoro, di sentirsi eccitati. Mai però hanno il

minimo pensiero sulla morbosità delle loro idee deliranti, anche se ammettono qualche volta, in seguito a grande insistenza, che su di essi possa avere qualche influenza una malattia, una « nervosità ». Un malato scriveva: « chiamare me in una sola parola insieme al manicomio, è addirittura un errore quadrato ». Molto più spesso anche quei segni morbosi da essi risentiti vengono considerati solo come conseguenze di influenze ostili.

Ogni tentativo di convincere l'infermo della erroneità delle sue idee anche conducendolo là dove egli suppone siano i suoi persecutori, rimane sempre senza alcun risultato, perchè egli sente dalle voci che appunto per la sua visita è stato tolto tutto ciò che potrebbe essere sospetto.

Il *tono sentimentale* degli infermi è, all'inizio della malattia, per lo più depresso, oppure irritato ed ostile. In sèguito sogliono presentarsi sentimenti elevati, ora nel senso di una contentezza arrogante, ora in quello di una esaltazione estatica: non sono rari anche i toni sentimentali erotici. Transitoriamente vengono osservati stati di viva ansia, come anche esplosioni di sfrenatezza o di irritabilità. In alcuni casi io vidi insorgere temporaneamente lo stupore.

La *condotta* degli infermi è determinata spesso, a quanto sembra, dalle idee deliranti. Si hanno così tentativi di evasione, viaggi senza scopo, parole ingiuriose, repentine aggressioni pericolose contro i presunti nemici, contro i genitori, contro i vicini o anche contro persone estranee; si può manifestare rifiuto del nutrimento per paura di avvelenamento e qualche volta anche si hanno tentativi di suicidio. Altri infermi si rivolgono alle autorità e infine anche al pubblico, danno sfogo alla loro stizza con avvisi sui giornali, con affissioni sopra le mura, con lettere aperte, con opuscoli (1), nei quali narrano le infamie dei loro nemici. Oppure commettono un qualsiasi atto molto impressionante per attirare l'attenzione generale sulla loro disperata posizione.

Molti malati escogitano diversi espedienti per procurarsi in qualche modo una certa tranquillità contro i persecutori. Sono specialmente gesti caratteristici, movimenti difensivi, posizioni determinate, spesso molto bizzarre che debbono essere mantenute parecchio tempo; inoltre il « parlare interno », la continua ripetizione di certe parole con l'aiuto delle quali si proteggono contro influenze ostili. A volte

(1) Wollny, *Über Telepathie*, 1888; *Sammlung von Aktenstücken*, 1888; Teffer, *Über die Tatsache des psycho-sexualen Kontaktes oder die actio in Distans*. 1891; Schreber, *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*. 1903.

vengono compiuti allo stessso scopo anche maltrattamenti o mutilazioni del proprio corpo. Altri infermi si sentono obbligati a rispondere ad alta voce ed energicamente alle voci, e quindi fanno monologhi ingiuriosi. mentre attendono ad ordinarie occupazioni e anche di notte. Oppure si otturano le orecchie, si avvolgono la testa con asciugamani, o allontanano le freccie avvelenate dei nemici con grandi ombrelli o con maschere. Contro le influenze elettriche e telepatiche si aiutano con fili tirati tutto intorno al letto, inoltre con amuleti intagliati da loro stessi a modo di *phallus*. Uno dei miei infermi al quale si gettava dai suoi nemici la saliva nel naso, si era fatto per questo una chiusura di piombo con piccoli buchi per la respirazione. MERKLIN ha riferito la storia di un malato il quale per sua difesa portava un'armatura fatta di vecchi utensili di latta del peso di 12 chilogrammi e in testa portava una casseruola; un altro aveva da se stesso limitato il movimento delle braccia con una cintura di pelle legata da lacci, allo scopo di poter resistere all'impulso di graffiarsi il volto a cui lo spingevano i suoi nemici.

Le idee di grandezza possono indurre l'infermo ad abbandonare il lavoro perchè non più degno di lui, a darsi titoli risonanti, a vestirsi vistosamente, a intraprendere i primi passi per il compimento della sua missione divina. Egli predica in pubblico, interrompe il prete in chiesa, lo attacca, si lascia condurre da suggerimenti e da voci divine. Gli viene tirata la lingua e deve dire ciò che lo spirito gli inspira, senza o anche contro la sua volontà deve gettare orribili grida; il suo braccio viene mosso a scrivere e a intraprendere una lotta per cose sacre. Le inferme cercano il loro fidanzato spirituale che ritrovano sotto vari travestimenti e così si hanno intemperanze sessuali.

Il *contegno* dell'infermo può essere dapprincipio ordinato. Nel decorso della malattia però sogliono per lo più risaltare stranezze e stramberie, smorfie, gesti e abitudini strane; movimenti esuberanti, manierismi nel dare la mano, nel mangiare, nel camminare, nel parlare, accenni di negativismo. Gli infermi parlano una lingua purissima, con frasi affettate, con parole inventate, con giuochi di parole e con rime; può aversi del resto anche una completa confusione verbale. Lo stesso si riscontra negli scritti a volte numerosissimi e stereotipici, con caratteri stranamente abbelliti e con ortografia spesso appena comprensibile. Nell'acme della malattia non esistono nè tendenze, nè capacità ad una attività ordinata indipendente.

Il *decorso* della malattia occupa di regola parecchi anni. Volendo, si possono distinguere parecchi periodi, quello di depressione iniziale,

quello di completamento delle idee persecutive, inoltre la cosidetta « trasformazione » del delirio, l'insorgere di idee di grandezza che sembra annunziare l'iniziantesi debolezza psichica, e finalmente la scomparsa o la distruzione delle idee deliranti. A volte sembra che anche qui le manifestazioni morbose possano transitoriamente cedere, analogamente a ciò che avviene nelle remissioni dei catatonici.

Magnan (1) ha riunito sotto la denominazione di *délire cronique à évolution systématique* » (paranoia completa di Möbius) tutti quei casi di delirio cronico nei quali, dopo un periodo di preparazione, coll'insorgere di disturbi psico-sensoriali di diversa natura segue un periodo di delirio di persecuzione, quindi un periodo di idee deliranti di grandezza e infine la debolezza mentale. La durata dei singoli periodi e la rapidità con la quale si seguono l'uno all'altro può essere molto diversa. Ora propriamente le forme suddescritte corrisponderebbero presso a poco alla descrizione di Magnan. La paranoia che descriveremo in seguito sarebbe secondo lui da separare completamente dalla sua forma, e secondo la sua opinione appartiene ad un gruppo di psicosi molto diverso, cioè alle « forme degenerative. » Benchè io stesso abbia tentato questa distinzione, desidero però ricordare che la divisione in periodi netti può essere spesso compiuta solo in modo molto artificiale, che esistono inoltre casi nei quali non si presentano mai idee di grandezza e che nella paranoia può aversi, come in queste forme, la stessa concomitanza di idee di piccolezza con idee di grandezza. Finalmente tra quegli infermi per i quali è adatta la descrizione di Magnan, e specialmente per quelli con delirio di persecuzione fisica, si trovano i segni della « degenerazione » spesso altrettanti che tra i querelanti e i paranoici, le psicosi dei quali ultimi egli colloca tra le pazzie dei degenerati.

La debolezza psichica è di regola l'*esito* della malattia. In un piccolo numero di casi le idee deliranti vanno diminuendo completamente in modo graduale, non vengono più espresse, vengono dimenticate, a volte affatto negate; può anche aversi un certo senso della morbosità di esse. Al contrario rimane sempre una considerevole perdita della capacità psichica, debolezza di memoria e di critica, ottundimento emotivo, perdita di energia e di vivacità, oppure i malati mantengono ancora le loro idee deliranti, continuano ad avere allucinazioni, ma divengono indifferenti a tutto, si lamentano anche qualche volta delle persecuzioni, ma hanno solo di rado vivaci eccitamenti. Gli infermi par-

(1) Magnan, *Psychiatrische Vorlesungen, deutsch von* Möbius, *Heft.* 1, 1891.

lano delle loro idee morbose come di altre cose lontane e non ne traggono conclusioni. Il « *rex totius mundi* » si occupa in lavori di giardinaggio, « Iddio » porta la legna, la « fidanzata di Cristo » cuce o fa rammendi. Molto frequentemente la malattia conduce ad uno stato di confusione delirante. Le idee morbose divengono gradatamente meno coerenti e meno comprensibili, più confuse; più numerose risaltano le stranezze nel contegno e nella condotta, sicchè infine l'ordinamento dei pensieri, e spesso anche il contegno esteriore viene perduto completamente. Non sono rari in tali casi ritrosie, diffidenze, stati di agitazione e tendenza a commettere atti brutali. Successivamente col progredire della demenza può aversi una debolezza psichica tranquilla, vaneggiante, nella quale le originarie idee deliranti si ritrovano ancora come tenui residui. La rapidità con la quale decorrono questi processi demenziali è molto diversa. Di regola i segni distinti della debolezza psichica si manifestano nel corso di 2-3 anni. Ma esistono parecchi casi che portano già dai primi mesi l'impronta sicura della demenza. D'altra parte si vede come alcuni infermi, malgrado le idee deliranti più stravaganti e malgrado una accentuata debolezza di critica, conservino abbastanza bene per molti anni la coerenza nel pensare e nell'agire.

L'aggruppamento delle osservazioni sulle quali noi abbiamo basato la descrizione di questa malattia non è davvero soddisfacente. Quindi già da lungo tempo io sto in cerca di una distinzione che corrisponda meno ai quadri mutevoli dello stato che alla essenza dei processi morbosi. In prima linea mi sembrava che a questo scopo fossero adatti gli esiti dei singoli casi morbosi, perchè come io supponeva, negli stati terminali sarebbero stati più manifesti, nel modo più puro, i tratti veramente essenziali del quadro morboso, cioè le manifestazioni permanenti di *deficit*. Sfortunatamente il mio tentativo di utilizzare gli stati terminali per la delimitazione delle diverse forme è riuscito fino ad ora in modo molto insufficiente, perchè in tali casi spesso si tratta solo di differenze di grado. Inoltre i nostri metodi di osservazione sono di certo ancora molto grossolani, e infine per distinguere esattamente gli esiti abbiamo bisogno di un numero grandissimo di ossservazioni accurate di malati, continuate almeno per 1 o 2 decenni, sempre sotto il medesimo punto di vista.

Malgrado tutti questi dubbi io cercherò dare per lo meno un brevissimo riassunto delle forme principali degli stati terminali verso i quali corrono i nostri infermi. È bensì vero che ancora io non sono in grado di dire se, e in qual modo, sia possibile di predire da alcuni

sintomi l'esito speciale dei singoli casi; per lo più i quadri morbosi da me antecedentemente descritti possono, come già ho accennato, giungere a stati terminali molto differenti. Sarà possibile con una paziente raccolta di osservazioni trovare gradatamente leggi sperimentali che ci diano la possibilità, fin dall'inizio della malattia, di poter fare supposizioni più o meno sicure sul successivo decorso e sull'esito del caso. Sotto questo punto di vista, quale direttiva puramente pratica, un aggruppamento degli stati terminali potrà avere il suo valore anche quando non lo si ritenesse utile per la delimitazione scientifica delle forme morbose.

1.° In un piccolo numero di casi di *dementia praecox* sembra che possa aversi una *guarigione* completa. In ogni modo per ora si dovrà ammettere in massima tale possibilità anche se le osservazioni attualmente riferite possano essere discusse per la poca sicurezza della diagnosi o per altre ragioni già dette. Vero è che sempre si potrà domandare se i casi veramente e completamente guariti avevano come base lo stesso processo morboso degli altri. Di grandissima importanza pratica però sarà in ogni modo il riconoscere fin dal principio questi casi come tali.

2.° Molto più frequente è in ogni caso la *guarigione con difetto*. Sotto questa denominazione noi comprendiamo tutti quei casi nei quali dopo la scomparsa di tutti i segni morbosi rimane un indebolimento semplice, quantitativo, delle attività psichiche: diminuzione della intelligenza, ottundimento emotivo, perdita della fermezza volitiva e dell'energia. Nei casi nei quali tutti gli altri elementi morbosi sono scomparsi questo difetto non giunge a gradi molto elevati.

3.° Sotto la denominazione di *demenza semplice* noi indichiamo quegli stati terminali nei quali accanto ai segni della debolezza psichica sono rimasti lievi accenni delle antecedenti manifestazioni morbose. Nel campo dell'intelligenza noi riscontriamo specialmente la conservazione delle idee deliranti antecedentemente sviluppate. Esiste un piccolo numero di casi nei quali dopo uno stato di eccitamento a decorso rapido con disturbi psico-sensoriali e idee deliranti affatto simile a quelli già descritti, scompaiono completamente tutti gli altri disturbi, senza che le manifestazioni deliranti vengano rettificate, ma anche senza una successiva elaborazione di esse. Vero è che fino ad oggi queste mie osservazioni si riferiscono sempre a psicosi comparse durante la prigionia; e inoltre gli infermi non sono stati abbastanza lungamente seguiti nella loro vita successiva per potere con sicurezza escludere una ricaduta. Nel campo emotivo può da un lato residuare

un tono sentimentale depresso a colorito ipocondriaco, e d'altra parte un aumentato sentimento di sè o una certa irritabilità. A tutto ciò si associa un contegno timido, non libero, inceppato, o affettato e strano. Non raramente su questo terreno si sviluppano transitori stati di agitazione.

4.° Quale forma speciale degli stati terminali dobbiamo comprendere inoltre la *debolezza mentale associata a confusione verbale*. Il quadro molto caratteristico della confusione verbale suole svilupparsi con sufficiente rapidità subito dopo uno stato di depressione che inizia la forma, e poi rimanere immutato per lungo tempo. È di regola accompagnato da idee confuse d'influenzamento, all'inizio anche da disturbi psico-sensoriali. Inoltre gli infermi hanno un contegno un po' affettato, strano, sono molto loquaci, hanno tendenza a neologizzare. La confusione verbale, i disturbi psico-sensoriali e le idee deliranti possono scomparire fino a lasciare solo residui che si manifestano in modo occasionale o periodico e dar luogo ad una semplice debolezza mentale.

5.° Molto più frequente è l'esito in *debolezza mentale allucinatoria*. Anche in questi casi il processo morboso si arresta, ma i disturbi psico-sensoriali e le idee deliranti persistono in modo completamente uniforme, e si hanno periodici peggioramenti. Però questi disturbi non acquistano una successiva influenza sul pensiero e sulla condotta, ma portano l'impronta di disturbi residuali. Gli infermi rimangono durevolmente coscienti, e all'infuori di piccole stranezze e di occasionali eccitamenti sono anche ordinati nel contegno.

6.° In un piccolo numero di casi le idee deliranti continuano il loro sviluppo senza che si giunga alle gravi forme della demenza. Senza alcuna eccezione si tratta in questi casi di delirii da influenzamento somatico associati a corrispondenti disturbi psico-sensoriali. Gli infermi rimangono coscienti e ordinati, ma dominati da idee di persecuzione e a volte anche di grandezza che nei tratti fondamentali vengono conservate e lentamente perfezionate, però si manifestano gradualmente in modo sempre più confuso. Queste forme sono quelle a cui meglio si adatta il nome di *paranoia allucinatoria*.

7.° La *demenza paranoide* dovrebbe essere separata dalle forme precedenti. In questi casi dopo lo stato iniziale depressivo si manifestano subito idee deliranti molteplici, molto stravaganti, sempre mutevoli, influenzate da contraddizioni e da falsificazioni dei ricordi le quali all'infuori di occasionali esplosioni di ira perdono molto presto ogni influenza sugli atti. Non avviene un vero progresso dopo l'inizio che si svolge rapidamente; invece lo stato può rimanere presso a poco im-

mutato per un decennio e più. La coscienza e il contegno esterno non sono affatto disturbati, malgrado le idee deliranti anche confuse che sono accompagnate da moltissimi neologismi.

8.° In tutti gli stati terminali fino ad ora ricordati la eccitabilità interna è conservata in modo da rendere possibili i rapporti intellettuali e lo scambio di idee con gli infermi, specialmente su quei fatti che non rientrano nelle idee deliranti. Dobbiamo però ricordare ancora le gravi forme di demenza che si presentano nella grande massa degli abitanti di Manicomi. Comune a queste forme è la distruzione della unità della personalità psichica e la separazione degli infermi dall'ambiente psichico che li circonda.

Una forma di questi stati terminali può essere bene caratterizzata con la denominazione di « *demenza vaneggiante* » *(faselige Verblödung)*. Questa forma è dominata dalle manifestazioni di una profonda debolezza psichica e da residui morbosi che corrispondono presso a poco a quelli dell'eccitamento catatonico. Se si vuole questa forma si può suddividere ancora e distinguerla a seconda che venga accompagnata da manierismi e da eccitazione. Le prime corrisponderebbero presso a poco al concetto avuto sin qui della *moria* o della fatuità, le altre a quello della demenza agitata. Nel primo caso risalta la bizzarria sotto la forma di manierismi e di movimenti stereotipici, nel secondo accanto ad una uniforme tendenza al movimento risalta specialmente l'impulsività; comune alle due forme è la confusione nelle espressioni verbali e il disordine nella condotta e negli atti. Molto di frequente si conservano anche i residui delle antecedenti idee deliranti.

9.° L'ultima e nello stesso tempo la più estesa forma degli stati terminali è la *demenza stupida*, che si suole ordinariamente indicare col nome di *demenza apatica*. In questi casi, accanto ad una forte diminuzione di tutte le manifestazioni psichiche, riscontriamo molto di frequente i residui morbosi del negativismo o dell'automatismo al comando. Da ciò si origina da una parte una inaccessibilità timida e rigida, d'altra parte quella mancanza di volontà senza pensiero, stupida, che dà l'impronta originale ai grandi reparti del Manicomio. Alcuni di questi infermi possono compiere in modo abbastanza utile lavori manuali. In questi casi, come pure nella demenza vaneggiante, si sviluppano non raramente i movimenti ritmici simili a quelli degli idioti.

Le due ultime forme di demenza che abbiamo ricordato dovrebbero rappresentare esiti indipendenti, non periodi di un medesimo processo morboso. A me sembra per lo meno che esse non passino l'una nell'altra, ma che una volta sviluppate in un modo si conservino essen-

zialmente immutate per tutta la vita. Invece alcuni casi col progredire della malattia possono giungere agli stati terminali più gravi. Le osservazioni successive determineranno certamente in quale estensione e sotto quali condizioni ciò possa avvenire.

La *frequenza* con la quale la *dementia praecox* sopravviene nei diversi periodi della vita, l'ho rappresentata dividendo i periodi di 5 anni nella figura 16 che fu ottenuta prendendo in esame 296 casi. Nel 60 % dei casi la *dementia praecox* si inizia prima del 25.° anno di età. Si deve però osservare che i singoli gruppi della forma in questione hanno un comportamento diverso. Così di questi casi che si iniziano prima del 25.° anno io ne ho riscontrati 72 di semplici forme ebefreniche, 68 di forme catatoniche e non più del 40 % di forme paranoidi. Il processo morboso quindi suole presentarsi nella età giovanile più frequentemente sotto la forma di una semplice demenza; più tardi prevalgono le forme acute e subacute unite a manifestazioni catatoniche, mentre ancora più tardi si sviluppano le forme con idee deliranti più pronunciate. Anche Bertschinger (1) riscontrò che le forme paranoidi si iniziano in una età più avanzata. Fino ad ora non mi è riuscito di trovare una plausibile spiegazione a questi fatti.

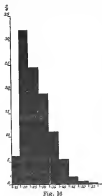



Fig. 16

Già Hecker aveva indicato ai suoi tempi le strette relazioni che passano tra ebefrenia ed età dello sviluppo. Egli anzi tendeva a considerare gli esiti della ebefrenia da lui descritta addirittura come un arresto della intera vita psichica nel periodo della pubertà. Benchè contro tale opinione parli la frequenza della demenza profonda, che sta a dimostrare appunto un passo all'indietro e non un semplice arresto della evoluzione psichica, tuttavia nella debolezza mentale precoce noi riscontriamo molti tratti che riscontriamo normalmente negli anni di sviluppo. A questi appartengono la tendenza alle letture sconvenienti, l'ingenuo occuparsi dei « più alti problemi », la prematura

(1) Bertschinger, *Allgem. Zeitschr. f. Psych. LVIII,* 269.

« rapidità » dei giudizi, il piacere ad usare parole e frasi sonanti, inoltre il cambiamento repentino del tono sentimentale, la depressione e la sfrenatezza, la facile irritabilità e l'impulsività nell'agire. Anche l'incoerenza del corso ideativo, il contegno ora affettuoso, ora arrogante, ora timido, ritroso, il ridere scioccamente, gli scherzi puerili, il modo di parlare affettato, la brutalità ricercata e i motti di spirito forzati, sono manifestazioni che indicano tanto nel normale come nel malato quel lieve eccitamento interno che suole andare unito alle fasi dello sviluppo sessuale.

Malgrado ciò non si può parlare di un rapporto assoluto della *dementia praecox* e neppure delle forme ebrefreniche con l'età dello sviluppo. Da un lato molte osservazioni dimostrano che il processo morboso può iniziarsi assai più precocemente, come è accennato nel nostro diagramma. A me sembra specialmente importante a questo riguardo il fatto che circa nel 20 °/₀ dei casi, già molto tempo prima dell'insorgere della *dementia praecox*, spesso già fino dalla prima infanzia, esistevano alcune caratteristiche che spesso vediamo svilupparsi in relazione con attacchi più leggeri della malattia: da una parte contegno restio, timido, strano, religiosità esagerata, indocilità, d'altra parte irritabilità, affettazione, poca fermezza morale. E non raramente esiste perfino una debolezza mentale accentuata, cui si sovrappone, per così dire, una forma morbosa nuova. A me sembra che in tali casi sia facile supporre che le irregolarità che già si riscontrano nella giovinezza abbiano origine da un primo attacco della malattia avvenuto nella primissima età e che più tardi si manifesta col complesso sintomatico della *dementia praecox*. Tanto più dobbiamo pensare ciò, perchè anche in seguito molto frequentemente il decorso della malattia si manifesta a tratti, con intervalli lunghi, durante i quali persistono solo minimi disturbi. Questa ipotesi chiarisce anche alcune forme di idiozia, nelle quali noi riscontriamo accentuati disturbi catatonici, *grimaces*, tendenza a sputare, negativismo, stereotipia nel contegno e nei movimenti. È molto probabile che in questi casi abbiamo innanzi a noi forme precoci della *dementia praecox*, tanto più che nelle gravi demenze consecutive a questa malattia vediamo apparire gli stessi movimenti ritmici che tanto spesso riscontriamo nell'idiozia. Masoin (1) ha emesso una simile ipotesi la cui esattezza potrà essere forse controllata dall'esame anatomico.

D'altra parte esistono in età più avanzata forme morbose che non si possono distinguere clinicamente dalle forme giovanili della *dementia*

(1) Masoin, *Journal de Neurologie*, 1902, 4.

praecox. SCHRÖDER ha pubblicato un caso nel quale la malattia si iniziò a 59 anni. Tanto lo stupore, quanto gli stati di eccitamento possono venire riscontrati spesso accanto a un tono sentimentale depressivo e accanto ad un negativismo non influenzabile: inoltre possono riscontrarsi anche le demenze lente, vaneggianti o apatiche senza i sintomi di una catatonia accentuata, ma specialmente le forme paranoidi. Molto interessante è però notare che SCHRÖDER in 16 casi di catatonia tardiva ne trovò 4 nei quali 12-25 anni prima si erano presentati lievi attacchi, per lo piu di depressione. Questi fatti ci ricordano le osservazioni che antichi vagabondi e delinquenti di abitudine presentano non raramente, in età avanzata, forme morbose allucinatorie, dopo che nell'epoca della pubertà si era avuto un sorprendente decadimento nella loro precedente vita sociale. Poichè il processo morboso della *dementia praecox* può avere in alcuni casi un decorso molto subdolo e anche tacere di nuovo per lungo tempo, così noi dobbiamo innanzi tutto pensare, quando ci troviamo dinanzi alle manifestazioni tardive, alla possibilità che il vero inizio della malattia sia da ricercarsi in un'epoca molto lontana e che i fenomeni siano passati inosservati. BERTSCHINGER ha ammesso anche questa possibilità.

I due *sessi* sono colpiti in egual misura nella *dementia praecox*. Nelle forme ebefreniche prevalgono gli uomini (64 %), nelle forme catatoniche e paranoidi invece le donne (58-59 %). Nei suoi casi di catatonia tardiva SCHRÖDER riscontrò 3 uomini e 13 donne; il climaterio dovrebbe quindi avere una certa importanza. Queste osservazioni sono ancor meglio messe in luce dal fatto che sembra esistano rapporti molto stretti tra funzioni riproduttive della donna e la *dementia praecox*, specialmente con la catatonia. Non solamente circa nel 18 % delle inferme si riscontrarono disturbi mestruali, ma nel 24 % dei casi la catatonia si sviluppò addirittura durante la gravidanza o, più frequentemente ancora, nel puerperio. In un caso, quattro riacutizzazioni della malattia coincisero ciascuna con un parto, finchè l'ultima condusse ad una completa demenza. In un altro caso la malattia cominciò ugualmente nel puerperio, per finire, dopo una lunga remissione, in una grave ricaduta quando si ebbe una nuova gravidanza. Nelle forme ebefreniche simili osservazioni sono molto più rare; io ho potuto farle solo circa nel 9 % dei casi.

Poco sappiamo di altre cause della *dementia praecox*. Circa nel 10-11 % dei miei infermi avevano preceduto gravi *malattie acute*, più frequentemente il tifo o la scarlattina. Vero è che di regola erano passati, da queste malattie all'insorgere del disturbo psichico, molti

anni sicchè, non si potrebbe parlare di un rapporto diretto. In alcuni casi però venne assicurato che dalla malattia somatica in poi era stato osservato nell'infermo un certo cangiamento, come aumentata irritabilità, diminuzione della capacità di produzione psichica, stancabilità eccessiva. In alcuni casi furono notati processi flogistici cerebrali nella giovinezza, non raramente anche lesioni traumatiche al capo (1); però queste ultime si riscontrano così frequentemente che solo in casi eccezionali possono venire considerate come causa occasionale. L'abuso di alcool sembra non abbia alcuna importanza per l'insorgere della *dementia praecox;* forse la prigionia sembra abbia una maggiore influenza. Più del 3 % dei miei infermi, e il 6 % degli uomini, ammalarono durante la prigionia, anche non essendo sempre soggetti alla reclusione cellulare. Tanto in questi casi quanto in quelli sviluppati durante il puerperio si trattò di preferenza di forme acute e subacute; la prigionia pare favorisca l'insorgere delle forme paranoidi, il puerperio quello delle forme catatoniche.

L'azione sorprendente della prigionia che produce quasi solamente quadri morbosi appartenenti a questa forma è difficile a spiegare. Potrebbe pensarsi alla mancanza di luce, di aria buona, di movimento, al nutrimento uniforme, alle influenze emotive. Per la importanza di queste ultime parlano le malattie che si manifestano non raramente durante il carcere preventivo; d'altra parte però sarebbe difficile spiegarsi in tal modo perchè a volto vecchi delinquenti di abitudine con un lungo passato di ergastolo ammalino tutto ad un tratto durante una breve reclusione.

Circa nel 70 % di quei casi nei quali esistevano dati anamnestici sotto questo rapporto utilizzabili, si ritrovò la *predisposizione ereditaria* ai disturbi psichici. Nei singoli gruppi sembra che le forme ebefreniche vengano un po' meno influenzate dalla predisposizione ereditaria, invece in grado maggiore sono influenzate le forme paranoidi. Una volta ho visto ammalare indipendentemente l'uno dall'altro e con le stesse idee deliranti insensate, due fratelli; spesso io vidi divenire ebefrenici più fratelli (in un caso 3). Si riscontrano frequentemente segni di degenerazione somatica, piccolezza o malformazione del cranio, *habitus infantilis,* difetti nella dentizione, orecchie deformi, sindattilia, strabismo, polimastia, debolezza generale; inoltre gli accenni ad un sistema nervoso facilmente eccitabile, delirii durante febbri leggere, convulsioni nella prima età, minima capacità di resistenza all'alcool, impulso sessuale precocemente sviluppato o mancante o contro natura. La condizione psi-

(1) v. Muralt, *Allgem. Zettschr. f. Psych. LVII,* 457.

chica originaria si riscontrò per altro buona nel 60 % dei casi; il 17 % degli infermi furono descritti dai parenti in ottime condizioni psichiche originarie. Un terzo degli infermi sembrò avere una condizione psichica sufficiente o mediocre, solo nel 7 % dei casi si riscontrò fin dalla infanzia una disposizione addirittura cattiva o una debolezza mentale.

La vera essenza della *dementia praecox* è completamente oscura. Ancora molto diffusa è sempre l'opinione che si abbia a che fare con un lento deperire di una condizione psichica originaria insufficiente. Come un albero le cui radici non trovano più alcun nutrimento nel terreno loro concesso, così debbono venir meno le forze psichiche quando condizioni esterne insufficienti non ne permettono un ulteriore sviluppo. Ma contro questo modo di vedere si elevano serii dubbii. Non si può comprendere perchè un organismo che fino ad un determinato momento si è sviluppato in modo normale e spesso anzi vigoroso, debba ad un tratto, senza una causa speciale, non solo arrestarsi nel suo sviluppo, ma spesso cadere in uno stato di dissolvimento. Anche la più grave predisposizione morbosa data da una malattia mentale nel padre o nella madre, come si riscontra nel 18-19 % dei casi di *dementia praecox*, non sarebbe tale da spiegare questo procedimento. Al contrario nei disturbi psichici degli adulti che si sviluppano sul terreno della degenerazione ereditaria, vediamo di regola non una rapida decadenza psichica, come nella *dementia praecox*, ma piuttosto stati morbosi permanenti a sviluppo molto più lento, oppure malattie periodiche.

Da queste considerazioni noi siamo spinti direttamente a supporre che si debba trattare nella *dementia praecox* di distruzioni rilevabili della corteccia cerebrale. Infatti in quei casi che sono stati esattamente esaminati con metodi sicuri si sono potuti constatare dei cangiamenti strutturali che non permettono altra spiegazione. Solo in tal modo la decadenza psichica, spesso così estremamente rapida, si può facilmente comprendere. Noi veniamo perciò alla conclusione che nella *dementia praecox* si produca una lesione grave o una distruzione di elementi nervosi corticali che in qualche caso può venir riparata, ma che, per lo più, ha per conseguenza un nocumento caratteristico, durevole, della vita psichica. Presentemente, come per l'idiozia e per l'epilessia, noi sappiamo molto poco per quale processo morboso si producano queste lesioni. Tuttavia per i rapporti della malattia con la pubertà, con i disturbi mestruali, con la gravidanza, col climaterio, e per la mancanza di ogni causa esterna riconoscibile, è molto naturale pensare ad una *auto-intossicazione* che stia possibilmente in un rapporto più o meno lontano con i processi sessuali. Non si può però trattare affatto, come

suppone Tschisch, di una lesione prodotta da astinenza sessuale: poichè la predisposizione ereditaria si manifesta assai spesso in questa malattia; ciò potrebbe forse avere il significato di una diminuita capacità di resistenza contro la vera causa morbosa.

Se la *dementia praecox* rappresenti nella estenzione da noi datale una unità patologica è fino ad ora dubbio. Essa comprenderebbe per lo meno il 14-15 % di tutti i casi ricoverati nei Manicomi; calcolando che siano il 5-6 % i casi ebefrenici e catatonici, il resto è dato dalle forme paranoidi. È molto probabile che abbiamo a che fare in tali casi con tutta una serie di processi morbosi simiglianti fra loro la cui condizione comune risiede nella lesione o nella distruzione di determinati campi corticali. Presentemente però noi non siamo in grado di segnare limiti netti in questa grande quantità di quadri morbosi svariati: dappertutto si trovano forme di passaggio tra i singoli gruppi clinici. Quindi dovremo rinunciare completamente a dare limiti certi ad ogni singolo caso. Invece sarà di granda importanza sia scientifica che pratica il poter distinguere la *dementia praecox* da altre forme morbose a prognosi essenzialmente diversa. Dobbiamo però innanzi tutto mettere in rilievo come non esista alcun segno decisivo per la diagnosi. Specialmente i disturbi veramente catatonici, il negativismo e l'automatismo al comando, la stereotipia, il manierismo, la impulsività si osservano occasionalmente anche in diverse altre forme di pazzia, come p. e. nella paralisi progressiva, nelle malattie organiche cerebrali senili o da altra causa, in alcune infezioni e finalmente anche nelle psicosi maniaco-depressive e talvolta nell'epilessia, senza parlare dell'idiozia. Vero è che incontriamo in questi casi solo tratti isolati del quadro morboso; a volte si tratta solo di segni morbosi che hanno una somiglianza esteriore, ma che sono difficili a distinguersi. Ma per queste ragioni il fatto decisivo per la diagnosi deve essere sempre il *quadro completo* della malattia che stiamo trattando, non il sintoma isolato. Veramente noi potremmo ben immaginare che diversi processi morbosi possano determinare temporaneamente un determinato gruppo di sintomi affatto somiglianti, ma è molto improbabile che il quadro clinico assuma in tali casi forme assolutamente uguali, senza poi parlare dello sviluppo, del decorso e dell'esito della malattia.

Nelle forme ebefreniche a sviluppo molto lento può essere anzitutto questione di dover fare una *diagnosi differenziale* con gli stati *nevrastenici*. In tali casi sono decisivi sopratutto i sintomi della debolezza psichica, l'insensatezza delle lamentazioni ipocondriache, la mancanza di critica, la mancanza di suggestibilità dinanzi alle tranquillizzanti assi-

curazioni del medico, l'ottundimento emotivo, la mancanza di un miglioramento dopo un periodo di tranquillità, inoltre i fenomeni più o meno distinti dell'automatismo al comando o del negativismo. Inoltre i disturbi psico-sensoriali e gli atti impulsivi parlano assolutamente per la *dementia praecox*.

Molto difficile può essere nella età media la diagnosi differenziale tra *dementia praecox* e *paralisi progressiva* se non sono evidenti i sintomi somatici. I due quadri psichici possono quasi completamente assomigliarsi, tanto più che anche nella paralisi a volte si manifestano diversi segni catatonici, quali la catalessia, il mutacismo, la verbigerazione, la stereotipia. È vero che queste manifestazioni in tali casi non sono così caratteristiche come nella catatonia; inoltre la incapacità psichica e la debolezza volitiva risaltano maggiormente nella paralisi progressiva di fronte al contegno strano e alla indocilità dei catatonici; ed il decadimento psichico assume per lo più nei paralitici forme più gravi e più rapide. Infine i disturbi di questi infermi colpiscono soprattutto il campo della percezione e dell'orientamento, e specialmente quello della memoria e della fissazione dei ricordi, mentre nei malati di *dementia praecox* proprio queste attività psichiche vengono mantenute completamente per lungo tempo, al contrario di ciò che avviene per il pronunciato ottundimento emotivo e per la debolezza di critica, quando non vengano solo apparentemente diminuite dal negativismo. L'insorgere di distinte allucinazioni uditive e il sistematizzarsi di manierismi fissi rendono molto verosimile che si tratti di *dementia praecox*. Per la paralisi progressiva parlano sopratutto la rigidità pupillare riflessa e il disturbo della parola, però quest'ultimo può venire simulato dal manierismo, mentre a volte il sicuro accertamento della rigidità pupillare riesce molto difficile. Attacchi epilettiformi possono comparire in entrambe le forme morbose ; nella *dementia praecox* vere paralisi sono molto rare; e in caso sogliono ripararsi molto più lentamente che nella paralisi progressiva. In casi dubbi il riscontrare nel liquido cefalorachidiano con la puntura lombare numerosi linfociti, può rendere sicura la diagnosi di paralisi progressiva.

Gli stati di stupore e di confusione all'inizio della malattia sogliono in generale essere scambiati con l'*amenza*. Se però si vuole, come si è tentato, distinguere le psicosi da esaurimento così caratteristiche per le cause, il carattere delle manifestazioni e il decorso, dalla *dementia praecox* tanto diversa da esse, si dovrà dar peso specialmente al negativismo e alle stereotipie. Anche l'automatismo al comando nelle sue svariate forme suole essere, nella vera amenza, se non completamente

mancante, però assai meno accentuato. Gli infermi si comportano più naturalmente, meno forzatamente, non in modo sciocco e strano. L'elaborazione delle percezioni e specialmente l'orientamento e la facoltà di fissazione sono molto più gravemente disturbati nell'amenza che nella *dementia praecox*. Tali infermi, malgrado la migliore volontà, sono incapaci di un prolungato lavoro psichico coerente, di ricordarsi rapidamente semplici frammenti di ciò che hanno imparato, perdono di continuo il filo del discorso, si compiacciono in ricordi che non hanno tra loro alcun rapporto, ma possono ad una singola domanda dare una pronta e giusta risposta. Invece i dementi precoci danno spesso risposte insensate oppure non rispondono affatto, ma possono sorprendere tutto ad un tratto facendo un racconto ordinato o una giusta osservazione che testimonia per la loro riflessione; essi riescono forse anche a compiere operazioni psichiche più difficili, e si mostrano ancora in possesso di fatti storici e geografici. Inoltre nella amenza si riscontra un tono sentimentale pronunciatamente colorito, sebbene cangiante spesso d'improvviso; gli infermi a un tratto piangono e si lamentano in modo vivace, mentre pochi istanti appresso possono essere irritabili e violenti e quindi ridere o cantare. Nella *dementia praecox* al contrario si distingue in genere molto bene la mancanza di condizione emotiva anche durante vivaci eccitamenti, mentre è molto ben manifesto l'ottundimento e la intima indifferenza. Perciò noi vediamo gli amenti seguire ciò che accade nel loro ambiente, benchè non ne abbiano una esatta coscienza, con vivace attenzione, mentre nella *dementia praecox* i malati prendono poca o nessuna parte a ciò che hanno percepito ed anche compreso molto bene. Inoltre la amenza sempre, la *dementia praecox* solo raramente, è preceduta da una causa di esaurimento.

Non raramente mi è avvenuto di confondere incipienti catatonie con *stati crepuscolari epilettici*. L'errore è facile, specialmente se si è manifestato antecedentemente un attacco convulsivo. Un punto fondamentale per la diagnosi differenziale potrà essere dato dal freddo negativismo dei catatonici di fronte alla resistenza ansiosa dell'epilettico. La percezione e l'orientamento sogliono inoltre essere più profondamente disturbati nello stato crepuscolare epilettico che nella catatonia. Risposte insensate a semplici domande, ed esecuzione rapida e giusta dei comandi parlano più per la catatonia. Nell'epilessia suole manifestarsi distintamente il tono sentimentale ansioso o estasiato; gli atti sono, più che impulsivi, dominati da determinate rappresentazioni e concetti deliranti i quali si dimostrano anche nel discorrere. Quindi vedremo più spesso gli epilettici tentare di offendere o di fuggire, commettere azioni violente,

mentre gli impulsi del catatonico portano la caratteristica dell'insensatezza, della stranezza. In ambedue le forme però può comparire una certa stereotipia nel parlare e nell'agire, come anche la perdita e l'offuscamento della memoria. Ma l'anamnesi darà luce per lo più sul vero stato delle cose e il successivo decorso lo esplicherà in breve tempo.

Considerevoli difficoltà suol presentare la diagnosi differenziale tra una iniziale *dementia praecox* e il primo attacco depressivo di una psicosi maniaco-depressivo. L'insorgere precoce di numerose allucinazioni uditive e di idee deliranti insensate, specialmente idee di influenze somatiche, parla decisamente per la catatonia, specialmente se rimane intatta la coscienza. Il tono sentimentale dei catatonici in rapporto al contenuto delle loro idee deliranti è accentuatamente indifferente; essi non prendono alcuna parte a ciò che avviene intorno a loro, non salutano i loro parenti se vengono a far loro visita, non dicono una parola, ma divorano avidamente tutto ciò che è stato loro portato. Negli stati di depressione circolare non mancherà mai invece l'ansia interna o la profonda tristezza. Ciò può essere facilmente dimostrato appena si eccitano rappresentazioni che abbiano carattere emozionante. Anche le visite possono in questi casi indurre subitanee esplosioni passionali di straordinaria violenza, e sogliono esercitare quasi sempre una considerevole influenza, per lo più in senso sfavorevole, sullo stato morboso. Accenni all'automatismo al comando e a fenomeni di catalessia si possono riscontrare nelle due forme; però gli infermi di forme circolari ben difficilmente mostreranno al comando sempre nuovamente la lingua per farsela pungere, come avviene nei catatonici. Il lamentarsi in modo uniforme, come si può osservare in alcuni stati di depressione circolare e anche nella melanconia, non deve essere considerato quale stereotipia catatonica. Il continuo ripetersi delle stesse espressioni verbali e di gesti non è in questi casi una conseguenza di impulsi insensati, persistenti, ma bensì l'espressione di una permanente emozione che domina tutto il campo psichico, che produce continuamente le medesime rappresentazioni e che cerca di sfogarsi negli stessi modi.

Neppure il negativismo del catatonico deve essere scambiato con la resistenza ansiosa e con l'arresto della psicosi maniaco-depressiva. Nel primo caso riscontriamo una rigida resistenza ad ogni tentativo di cambiare posizione, ma solo quando interveniamo energicamente; mentre invece l'infermo sopporta semplici o anche dolorosi contatti e perfino minaccie pericolose (tentativo di pungere l'occhio), senza vivaci movimenti di difesa, sino a lasciare anche tranquillamente al posto uno spillo infisso nella palpebra. Finalmente la resistenza può trasformarsi da sè, sotto l'influsso di una dolce violenza, in automatismo al

comando. Nel secondo caso invece la resistenza si inizia quando minaccia un pericolo, avvenga o no un mutamento di posizione; anche gli arti portati in un certo atteggiamento non riprendono di nuovo con immancabile tenacità la posizione antecedente. Nello stesso tempo l'avvicinarsi di un pericolo induce vivaci manifestazioni emotive, grida, movimenti di difesa con ansia. Il catatonico stuporoso si muove per lo più poco o affatto, specialmente quando viene richiesto. Malgrado ciò, se in qualche modo agisce, ciò non avviene lentamente, ma spesso con estrema rapidità, mentre nell'individuo con arresto quelle azioni che richiedono risoluzioni volitive si compiono in modo lento e con esitazione, come si può dimostrare in qualche caso, comandando di sollevare le braccia o di cantare. Anche in questi casi alcuni movimenti richiesti possono non venire eseguiti perchè l'ansia o il grave arresto psichico non li fa loro compiere; però in quest'ultimo caso si vede spesso per lo meno un accenno a compiere l'azione richiesta (leggero movimento delle labbra, tremore alle dita), specialmente se l'arresto viene con energiche persuasioni a poco a poco vinto. Viceversa si può rilevare nei catatonici come l'impulso che forse si era iniziato venga direttamente interrotto, annullato, e in seguito a successivi eccitamenti venga perfino mutato nello stimolo opposto. Difficilissima può essere la diagnosi differenziale tra la catatonia e lo stupore maniacale. Tuttavia il tono sentimentale caratteristicamente allegro, la vivace benchè non apparente attenzione per tutto ciò che circonda l'infermo unita ad una certa insensatezza, l'influenzabilità per mezzo di persuasioni e di fatti esterni, infine la condotta ben spesso arrogante diretta ad uno scopo, come avviene nei maniaci di fronte alla allegria puerile, alla indifferenza e alla inaccessibilità, agli impulsi e movimenti insensati dei catatonici, dovrebbe per lo più, specialmente con una osservazione alquanto prolungata, rendere possibile la diagnosi differenziale.

Il manifestarsi della *dementia praecox* durante la prigionia risveglia non raramente il sospetto di una simulazione. Specialmente il contegno puerile degli infermi, il *fenomeno di parlare tra sè* insieme ad una completa coscienza, la inaccessibilità quando si accenni a far loro del male, dànno in verità a volte talmente l'impressione di una simulazione cosciente, che anche io sono stato spesso indotto in errore. Solo la ulteriore osservazione e la storia della vita successiva dei miei infermi mi hanno dimostrato che quelli che sembravano segni di simulazione erano veri sintomi morbosi. Inoltre riscontriamo spesso anche in casi non sospettabili lo stesso quadro reso così caratteristico dal negativismo e da impulsi incrociantisi fra loro.

Gli stati stuporosi dei paralitici progressivi si distinguono innanzi tutto per la concomitanza di fenomeni somatici. Inoltre l'offuscamento della coscienza e il disturbo della percezione sogliono essere più profondi; la memoria e la facoltà di fissazione sono regolarmente lesi in modo più grave. Quando esistono fenomeni catatonici sono per lo più accennati solo leggermente. Il negativismo mostra una minor tenacia e si limita in genere al mutacismo, a non eseguire ciò che viene comandato o al rifiuto del nutrimento; gli atti impulsivi si manifestano essenzialmente con singoli movimenti stereotipici, e il manierismo, le risposte incoerenti, la confusione verbale vengono osservate al massimo come semplici accenni nella paralisi progressiva.

Di grande importanza è il distinguere gli stati di eccitamento della *dementia praecox*, specialmente della catatonia, dagli attacchi maniaci. La coscienza è nella mania maggiormente colpita che nella catatonia. Mentre in quest'ultima gli infermi, anche durante gli eccitamenti più violenti, percepiscono in modo chiaro ciò che avviene nel loro ambiente, riscontriamo sempre nei gravi stati di eccitamento maniaco un considerevole disturbo della percezione, della ideazione e dell'orientamento. D'altra parte i discorsi dei catatonici sono frequentemente del tutto insensati malgrado un lievissimo eccitamento, mentre noi non perdiamo mai il filo, almeno approssimativo, del processo ideativo maniaco anche nei più gravi stati di eccitamento. A ciò va unito anche nella catatonia il permanere di singole frasi staccate fino alla completa verbigerazione, mentre il processo ideativo maniaco, malgrado la completa incoerenza, lascia riconoscere quasi sempre il passaggio da un circolo rappresentativo ad un altro. Anche il ripetere di sillabe in modo insensato, uniforme, parla decisamente per la catatonia. L'attenzione del catatonico si rivolge appena a ciò che avviene intorno a lui malgrado che tutto venga abbastanza bene compreso, inoltre essa è meno facilmente distraibile; il maniaco percepisce invece poco esattamente e superficialmente, ma si rivolge verso ogni cosa nuova che entra nel suo orizzonte visivo. Il medico viene da lui subito interrogato, investito da un torrente di parole, mentre il catatonico eccitato non fa nessun caso del medico, continua a muoversi semplicemente secondo il suo stimolo al movimento e solo con speciali sforzi può essere indotto a dare una giusta risposta. Il tono sentimentale è nella mania per lo più allegro, sfrenato o irritato, invece nella catatonia, sciocco, puerilmente arrogante o indifferente; nelle manifestazioni di questi infermi anche quando l'agitazione e lieve si manifesta bene spesso una ricercata brutalità che nei maniaci riscontriamo solo in occasionali esplosioni furiose.

Inoltre è da prendere in considerazione specialmente la mancanza di scopo dei movimenti catatonici di fronte all'impulso all'attività dei maniaci che tendono sempre a mettersi in rapporto con l'ambiente. Nel primo caso i movimenti sono uniformi, si ripetono innumerevoli volte in maniera del tutto uguale, mentre nel secondo caso essendo dipendenti da impressioni, rappresentazioni e sentimenti mutevoli, sogliono assumere sempre forme nuove. Non raramente nella catatonia riscontriamo una sorprendente sproporzione tra lo stimolo a parlare e lo stimolo a muoversi, forse per il fatto che ambedue non sono determinati o solo in lieve grado, dall'azione concomitante di processi psichici elevati. Gli infermi possono essere in preda a violenti movimenti senza però dire una parola, oppure ciarlano incessantemente senza muoversi dalla loro posizione e spesso anche senza fare movimenti vivaci. Quindi lo stimolo al movimento del catatonico si esplica spesso in uno spazio limitato, anche entro i limiti del letto; il maniaco al contrario cerca ovunque l'occasione per agire, corre su e giù, si occupa degli altri infermi, segue il medico, commette gli atti più disordinati. A tutto ciò si aggiungano la ricercatezza e l'affettazione nei movimenti, i manierismi e gli impulsi insensati catatonici in confronto al contegno spontaneo e molto più paragonabile al normale dei maniaci. In altre parole: nella mania, la percezione, l'ideazione, l'orientamento sono relativamente disturbati in modo più profondo che nella catatonia, mentre in questa sono lesi in modo caratteristico i rapporti emotivi, il contegno e le espressioni verbali.

I gravi stati di eccitamento della *paralisi progressiva* possono rassomigliare in modo straordinario a quello dei catatonici. Astrazione fatta dalla anamnesi, dalla età, dai sintomi somatici dei paralitici, si dovrà dare peso in questi stati alla profonda incoscienza dei paralitici stessi. La percezione, la fissazione dei ricordi, l'ideazione e l'orientamento sono, di fronte a quel che avviene nella catatonia, disturbati sempre più considerevolmente.

Molto frequentemente casi di *dementia praecox* sono scambiati con l'*isteria* a ciò contribuisce da una parte il contegno affettato e spesso erotico degli infermi, d'altra parte la presenza di fenomeni convulsivi isteriformi. Gli stati terminali vaneggianti uniti a idee deliranti vengono spesso dichiarati psicosi isteriche. Io credo che noi dobbiamo attenerci decisamente al concetto che l'isteria come tale non conduce mai alla demenza; in ogni modo si farà bene per ragioni pratiche a distinguere i casi che terminano con la demenza da quelli che persistono tutta la vita essenzialmente identici, benchè presentino

diverse oscillazioni senza però indurre una progressiva diminuzione della attività psichica. Infatti si riconoscono abbastanza sicuramente fin dal principio le prime forme, se si tien conto della deviazione dei processi ideativi, della mancanza di critica, delle idee e delle associazioni insensate, dell'ottundimento emotivo, della uniformità e della mancanza di scopo nelle azioni. In contrasto con tutti questi segni stanno la accortezza e la riflessione, i capricci e la sensibilità, la furberia calcolatrice, l'imperiosità e l'ostinatezza sistematica degli isterici. Accentuate allucinazioni dell'udito e idee deliranti insensate parlano per la catatonia. Io ho del resto visto tutta una serie di casi nei quali dapprincipio sembrava si sviluppasse chiaramente il quadro dell'isteria, mentre in seguito si manifestarono sempre più distintamente i segni della demenza. Noi dobbiamo in tali casi, come anche nelle osservazioni simili nel campo dell'epilessia, della psicosi maniaco-depressiva, della paralisi progressiva, dei tumori cerebrali, ammettere che l' iniziante processo morboso induca in alcuni individui predisposti anche alcuni disturbi psicogeni che temporaneamente simulano il quadro morboso della isteria.

Le frequenti idee deliranti nel decorso della *dementia praecox* fanno sì che molto spesso si faccia diagnosi di *paranoia*. La grande maggioranza di casi denominati con tal nome da altri alienisti, appartiene, secondo la mia convinzione, al quadro morboso qui descritto e, naturalmente, sopratutto alla forma paranoide. Io baso questo convincimento sull'osservazione che questi stati dopo un tempo relativamente breve conducono regolarmente o ad una semplice debolezza mentale senza idee deliranti molto rilevanti, o ad una confusione delirante o demenza allucinatoria nella quale non si può parlare nè di una « sistematizzazione » in via di complemento, nè di un permanente mantenimento delle medesime idee. Ma anche quei casi nei quali si riscontra un certo progressivo sviluppo del delirio, oppure una semplice persistenza senza maggiori disturbi in rapporto con l'ideazione e col contegno, portano chiaramente l'impronta di stati terminali nella mancanza di critica, nella incapacità a risentire i contrasti, a opporsi ad obbiezioni o solo a comprenderle, nel facile disordine del volere e dell'agire, nella mancanza di emotività insieme ad occasionale irritabilità, finalmente negli accenni ad oscillazioni periodiche. A ciò si aggiunga che in tutte le forme paranoidi i disturbi sensoriali sono i sintomi più accentuati del quadro morboso, e che in questi casi si tratta regolarmente di delirii da influenzamento somatico nei quali a me sembra si rifletta il disturbo fondamentale della *dementia praecox*, cioè la perdita del predominio sopra la volontà, e, il senso che da ciò risulta, di dipendere

da forze estranee. Al contrario le idee deliranti del paranoico provengono essenzialmente da una supposizione e da una spiegazione morbosa, e i disturbi psico-sensoriali o mancano del tutto o hanno una parte secondaria; in ogni modo non conducono mai alla rappresentazione di influenze a distanza. Le contraddizioni con l'esperienza comune vengono risentite ed eliminate come comuni obbiezioni, con uno speciale lavoro ideativo, e il rapporto intimo della ideazione normale e di quella delirante si conserva invariato negli infermi fino alla fine e il nucleo del delirio è sempre lo stesso.

Il contegno esteriore e la capacità psichica sogliono essere colpiti sensibilmente nella *dementia praecox* già dopo breve tempo. I malati divengono o inaccessibili, torvi, eccitabili, o vaneggianti, puerili e perdono per lo più la tendeuza ad occuparsi di iniziativa propria; spesso si manifestano stereotipie e manierismi, e infine altre volte una quasi completa confusione verbale con neologismi. Al contrario il paranoico conserva sempre il contegno esteriore del normale, non di rado è ancora capace di attività in alcuni campi e ha bisogno di occuparsi, se pure si può riconoscere un graduale indebolimento della capacità psichica; non manifesta mai segni catatonici e rimane nel parlare e nell' agire in modo continuo completamente ordinato e naturale. Nella *dementia praecox* infine noi riscontriamo improvvisi mutamenti nello stato psichico, eccitamenti ansiosi o stati di esaltazione, stati stuporosi, alternati con remissioni di tutti i sintomi morbosi. Al contrario la paranoia decorre sempre in modo uguale oppure con piccolissime oscillazioni, le quali secondo il contenuto e la durata stanno in strettissimo rapporto con le idee deliranti; remissioni possono aversi per l'impallidire graduale del tono sentimentale accentuato, ma non per la scomparsa delle idee deliranti.

Gli stati terminali della *dementia praecox* possono in taluni casi essere diagnosticati come *imbecillità*. Dove sono ancora riconoscibili i segni distinti del processo morboso antecedente, quali i disturbi psico-sensoriali, le idee deliranti, i fenomeni catatonici, la differenziazione è veramente facile. Difficile al contrario può divenire la diagnosi differenziale quando non si conosca l'anamnesi, se si riscontra una semplice debolezza mentale e se già dall'infanzia esisteva un certo grado di debolezza psichica che subì solo un aumento dalla forma ebefrenica. In generale il rapporto tra le nozioni antecedenti e la capacità attuale ci condurrà alla retta comprensione dei singoli casi. Dove risulta evidente che l'infermo antecedentemente avea acquistato un certo sapere e capacità che oggi non è più in grado di assumere, allora si deve ammettere che sia intervenuto un processo morboso che abbia lesa la

vita intellettiva. Spesso si riesce in séguito, con certificati di scuola, componimenti, lettere dei tempi precedenti di dare la prova certa di un regresso più o meno spiccato della capacità psichica.

Poichè noi non conosciamo le vere cause dalla *dementia praecox*, il *trattamento* consisterà solo nel combattere le singole manifestazioni morbose. All'inizio è da consigliare, nei casi che si manifestano acutamente o subacutamente, di condurre per lo più gli infermi nel Manicomio per evitare disgrazie e suicidi. Riposo a letto, sorveglianza, cure per favorire il sonno e la nutrizione dei cibi sono le indicazioni più urgenti. Negli stati di eccitamento sono opportuni i bagni a permanenza, a cui in alcuni casi può farsi precedere l'uso sistematico di impacchi tiepidi. Ipnotici e narcotici, joscina, sulfonal, trional, possono essere tentati da principio a tratti, ora l'uno, ora l'altro, per rendere gli infermi più facilmente docili alla cura degli impacchi, dei bagni e del riposo a letto. Durante gli stati stuporosi la cura più importante è la pulizia e la nutrizione degli infermi. Non raramente il continuo rifiuto di cibo forza a ricorrere al nutrimento con la sonda; sicchè è necessario pesare gli infermi spesso e metodicamente. Il pericolo di frequenti ed involontarie auto-lesioni si può evitare abbastanza bene usando i letti imbottiti lateralmente; malgrado ciò si possono ancora spesso riscontrare lesioni della pelle, contusioni, furuncoli, ecc., che rendono necessario anche in questi infermi l'uso del bagno a permanenza. Appena diminuiscono i disturbi acuti si deve cercar di conservare, per quanto è possibile, ciò che la malattia non ha distrutto. Molto spesso il ritorno in famiglia è possibile e anzi è utile se le condizioni sono favorevoli e se non sono residuati stati di agitazione, tendenza alla sudiceria, sitofobia e altri gravi fenomeni. Alcuni infermi inoltre che sono abbastanza gravi, si comportano molto bene in casa sicchè non bisogna temere troppo di congedarli in prova; nelle inferme però bisogna sempre considerare, se la sorveglianza è difettosa, il pericolo di una gravidanza. La grande maggioranza degli invalidi e anche degli invalidi a mezzo dal punto di vista psichico, in seguito a *dementia praecox*, si accumula gradualmente nei grandi Manicomii, e questi infermi, poichè non muoiono dopo breve tempo e perchè passano tutta la vita nel Manicomio, formano *addirittura la massa principale dei pazzi bisognosi di custodia*. Quello che è necessario per essi è l'*occupazione*, perchè solo questa è capace di proteggerli dal cadere in una completa demenza. Per essi forse anche più che per le altre forme di malattia, sarebbero necessarissime le *Colonie per alienati* con le loro multiformi occupazioni, con sistemi di trattamento libero, in modo da conservare pos-

sibilmente la indipendenza. Spesso in tali casi si vedono molti dementi avanzati adoperare in modo piacevole e utile per essi quel residuo di capacità che la malattia ha loro lasciato, occupandosi nei lavori dei campi o di giardinaggio, nelle stalle o nelle officine, nel copiare, disegnare, leggere, cucinare, lavare, stirare, nel lavoro casalingo o nei lavori di ago. Negli stati di agitazione che si manifestano frequentemente è bastante trasportare transitoriamente gli infermi nella sezione di sorveglianza e prescrivere il riposo in letto.

VI

La demenza paralitica

Dalle diverse forme di malattie mentali che sono accompagnate a gravi disturbi del sistema nervoso e che stanno ad indicare un profondo cambiamento anatomicamente riconoscibile del cervello, già per le descrizioni di Bayle (1822) e di Calmeil (1826) e poi specialmonte nel decorso degli ultimi decenni, si è distinto un determinato quadro morboso, il cui studio in ragione della grande partecipazione della vita psichica è stato annesso non tanto alla Neuropatogia, quanto e principalmente alla Psichiatria. Infatti la distruzione estesa e progressiva di parti diversissime del sistema nervoso su cui ha il suo fondamento la demenza paralitica, produce mutamenti così considerevoli e multiformi delle capacità psichiche da rappresentare questi spesso le manifestazioni più importanti del quadro morboso, mentre prima per molto tempo si era inclinati a comprendere i disturbi nervosi concomitanti quali semplici « complicazioni ».

Il quadro clinico generale della demenza paralitica (1) o paralisi progressiva degli alienati (« rammollimento cerebrale ») è quello di un istupidimento progressivo unito a fenomeni multiformi di irritazione e di paralisi. I disturbi psichici e i somatici raggiungono di regola i gradi più alti, se pure prima una malattia intercorrente non mette fine alla vita; essi conducono alla completa distruzione della personalità psichica e somatica. Molto spesso questo processo è accompagnato nel campo psichico da fenomeni di irritazione più o meno pronunziati, da stati di eccitamento o di depressione, da idee deliranti a contenuto

---

(1) Voisin, *Traité de la paralysie genérale des aliénés.* 1879; Mendel, *Die progressive Paralyse der Irren* 1880; Mickle, *General paralysis of the insane*, 2. ed., 1886; v. Krafft-Ebing, *Nothnagels spezielle Pathologie* u. *Therapie, Bd. IX*, 2, 1894; Ilberg, *Volkmanns klinische Vortrage,* 161; Binswanger, *Deutsche klinik VI*, 2, 59, 1901.

molto variato. Ciò che dà a tutti questi disturbi una impronta comune, è una *caratteristica debolezza psichica*, che all'esperto tradisce subito il fatale fondamento di tutto il processo morboso.

Nel campo dell'attività intellettiva si mostra fin dall'epoca dell'avvicinarsi della malattia una accentuata difficoltà nel percepire e nel comprendere le impressioni esterne, la quale fino dai periodi iniziali si può dimostrare per mezzo di misurazioni. L'infermo diviene distratto, disattento, non percepisce con l'acutezza consueta ciò che avviene intorno a lui, non si accorge più dei dettagli, scambia e sbaglia i nomi delle persone e degli oggetti, non si accorge di fatti importanti o di mutamenti che antecedentemente non gli sarebbero sfuggiti, si perde in luoghi che erano a lui ben conosciuti. Io mi ricordo di un falegname che un giorno tutto ad un tratto non trovò più il posto dove egli fino a quel giorno aveva abitualmente lavorato. Anche se il disturbo a prima vista non risalta nettamente suole però dimostrarsi molto bene nella incapacità ad una continua tensione attentiva. L'infermo non è più capace di concepire lunghi complicati processi ideativi, nè di comprendere fini allusioni o motti di spirito; egli non sta più attento, parecchie cose gli sfuggono, perde la perspicacia e la coerenza. Quindi spesso si può parlare di lui in sua presenza senza che se ne accorga. Infine solo con difficoltà si orienta nella cerchia delle sue condizioni e occupazioni abituali, oppure non si orienta affatto.

In tal modo si sviluppa un *offuscamento della coscienza* più o meno accentuato e l'infermo vive come in sogno, o come in uno stato di lieve ebbrezza. Uno dei miei infermi venne ritenuto dal giudice istruttore ubbriaco. Spesso già fin dall' inizio della malattia questa caratteristica incoscienza, che allontana fino ad un certo grado dalla realtà il malato, fornisce un sintoma diagnostico importante. In séguito il disorientamento, malgrado che in alcuni casi e con una superficiale osservazione sembri conservata la coscienza, può dare perfino l'impressione di uno stato crepuscolare epilettico. L'infermo comprende bene le domande rivoltegli, racconta in modo abbastanza ordinato, ma non ha alcuna idea del luogo ove egli è, con chi parla, in quale condizione si trovi, non osserva ciò che avviene intorno a lui, ma addirittura vive in un altro mondo. Negli ultimi stadii della malattia la lucidità della coscienza si abbassa gradualmente e continuamente fino al più basso livello possibile, dimodochè è impedita completamente la percezione e la elaborazione delle impressioni esterne.

Tra i primi segni della malattia si annovera con grande frequenza un aumento della *esauribilità*. All'infermo riesce difficile anche il la-

voro al quale è da lungo tempo abituato, egli deve riprendere frequentemente forza riposandosi, e dopo una breve attività si sente già stanco e incapace. Si arresta di fronte ad ogni piccola difficoltà, erra facilmente, deve spesso ricominciare da capo il lavoro. Non raramente avviene che in mezzo al lavoro o durante la conversazione, l'infermo venga sopraffatto dalla stanchezza e si addormenti.

I disturbi *psico-sensoriali* sogliono avere nella paralisi progressiva una esigua importanza, tanto che fino a poco tempo fa si negava completamente la loro esistenza. Senza dubbio la maggioranza dei casi decorre spesso senza tali disturbi; ma è ugualmente indubitato che vengano osservate talora false percezioni di tutti i sensi. In qualche cosa anzi le allucinazioni uditive predominano in modo così evidente che la malattia può somigliare in alto grado al delirio degli alcoolisti o dei cocainisti. A volte si sente l'infermo rispondere con voce trasformata alle sue proprie domande, sicchè avviene una specie di dialogo con una persona immaginaria senza però che si tratti di vere allucinazioni uditive. Più spesso in tali casi vengono pronunciate ad alta voce dagli infermi domande e risposte, mentre le conversazioni con le « voci » o si compiono mentalmente o sono percettibili a chi ode solo le risposte degli infermi alle loro percezioni allucinatorie. Sérieux narra di una inferma la quale stridendo coi denti sentiva parlare dentro la lingua. Non sono rare le allucinazioni tattili associate all'idea delirante di influenzamenti segreti; in qualche caso si possono osservare anche allucinazioni olfattive. Distintissime allucinazioni visive furono riscontrate in malati colpiti da atrofia del nervo ottico, di erano tanto vivaci che gli infermi non si accorgevano affatto della loro cecità, ma credevano di vivere in un mondo ove tutte le manifestazioni avevano una veste svariata e colorita. « Io posso vedere al buio » rispondeva uno di tali infermi indignato alla mia domanda se potesse distinguere qualcho cosa; eppure da lungo tempo era scomparsa qualunque traccia di capacità visiva.

Molto profonda suole essere la lesione nel campo della fissazione dei ricordi e della memoria, sicchè i disturbi in questo campo debbono essere considerati come specialmente caratteristici della paralisi progressiva. È vero che essi sono di regola, come ha potuto dimostrare anche per via sperimentale Ranschburg, non così gravi come quelli della psicosi di Korssakow; inoltre è riconoscibile una certa influenza dell'esercizio. Forse dapprincipio si ha essenzialmente una mal sicura e indistinta percezione delle impressioni esterne, come avviene nel sogno, sicchè esse rimangono fisse solo poco tempo nella memoria. L'infermo

dimentica perciò, in contrapposto coll' evoluzione normale della memoria, gli avvenimenti *più recenti*. Egli non sa più quello che gli è avvenuto otto giorni prima, con chi andò a passeggio il giorno antecedente, quali lettere doveva scrivere e quale lavoro compiere. Successivamente però il disturbo va aumentando considerevolmente, parallelamente alla demenza generale. E si incontrano spesso infermi che, malgrado una vivacità psichica sufficientemente conservata non possono più ricordare quello che hanno fatto un quarto d'ora prima, se hanno già visto altra volta il medico che viene ogni giorno a salutarli; il sentimento di questa incertezza e smemoratezza induce gli infermi spesso ad annotare subito ogni piccolo fatto, ogni idea, benche in seguito su queste annotazioni non si orientino più. Al contrario ricordi remotissimi possono rimanere fissi per un tempo più lungo e senza lacune, mentre quello che viene nuovamente acquisito si perde rapidamente e senza lasciare traccie ed è questo lo stesso fenomeno che riscontriamo nella demenza senile. Le inferme paralitiche danno subito, alla domanda del loro nome, il nome da nubile ricordando solo difficilmente o affatto il loro nome di sposa.

Molto rapidamente si perde di regola nel paralitico la possibilità di un *ordinamento temporale dei loro ricordi*. Poichè in tali infermi le percezioni non vengono unite a quella stretta catena di ricordi che ci permette, guardando indietro, di apprezzare la distanza dei singoli avvenimenti dal presente, il malato non è più capace di ordinare in un determinato periodo del tempo passato le impressioni ricevute, specialmente quelle posteriori all'inizio della malattia. Quindi non riesce a richiamare alla memoria la successione degli avvenimenti o i loro reciproci rapporti, i limiti di tempo divengono indistinti e si perdono; l'infermo non è più certo se da un dato avvenimento, dal suo ingresso nel manicomio, siano trascorsi mesi, settimane o giorni. Infine egli non sa più in quale anno si trovi, « perchè egli non ha calendario », oppure si lascia confondere molto facilmente nelle sue risposte. Non di rado egli scrive, p. e., quale data odierna, l'anno e il giorno della sua nascita, e può senz' altro essere persuaso a dire date impossibili (« 30 febbraio »). Anche i comuni espedienti per orientarsi dell'uomo normale, come uno sguardo al paesaggio, l'altezza del sole, la chiarezza del giorno, la temperatura, ecc. non sono a lui giovevoli perchè non sa utilizzarli. Malgrado che sia accesa la stufa crede all'affermazione che sia estate, malgrado che vi siano le ciliegie sul tavolo non dubita di trovarsi veramente in dicembre. Uno dei miei infermi dopo un soggiorno di parecchi mesi nel Manicomio mi domandò per settimane intere, tutti i

giorni, dove egli si trovava, dicendo che egli forse aveva dormito, che si era svegliato poco tempo prima trovandosi in un ambiente completamente nuovo. Dopo una mezz'ora egli aveva di nuovo dimenticato le informazioni ricevute e rimaneva sempre e molto meravigliato del cambiamento avvenuto « durante il sonno ». Altri vivono talmente momento per momento, che non comprendono nemmeno più le ore del giorno, tanto che non sanno se è passato molto o poco tempo da che si sono alzati di letto, oppure se hanno mangiato a mezzogiorno; si spogliano la mattina perchè credono che sia l'ora di coricarsi e verso sera sono inquieti perchè ancora non è stato portato loro il caffè.

Veramente i disturbi sono così accentuati solo quando la malattia è molto progredita, ma anche nel periodo iniziale sono pure spesso talmente spiccati da rendere possibile con grande verosimiglianza la diagnosi di paralisi progressiva.

Oltre alle impressioni più recenti vengono gradatamente colpiti dall'alterazione della memoria anche i ricordi del *passato più remoto*. La cosa più facile è la perdita da parte dell'infermo dei nomi propri, ma specialmente dei numeri e delle date. Mentre l'infermo può ancora sufficientemente ricordare il contenuto degli avvenimenti antecedenti, si confonde nell'ordinamento cronologico di questi, scambia i nomi dei suoi bambini e diviene mal sicuro nel contare, disturbo che si riconosce specialmente negli impiegati, ed è spesso così accentuato da portare a gravi conseguenze. La tavola pitagorica da lungo tempo mandata a memoria può conservarsi forse abbastanza bene, ma i calcoli che richiedono il ricordo dei numeri a memoria, specialmente la sottrazione e la divisione, divengono presto impossibili. Talvolta già le due semplici domande riguardo all'età e all'anno di nascita svelano questa deficienza, poichè gli infermi danno due risposte contraddittorie senza accorgersi che sono inconciliabili; il giorno natalizio suole rimanere fisso nella memoria più dell' anno di nascita e quindi viene detto subito e da solo. Anche lo sguardo in cerca di aiuto col quale gli infermi in tale occasione guardano chi li accompagna, la esitazione o la risposta evasiva, oppure che può guardarsi la loro fede di nascita o che il signor Dottore già lo sa, sono sufficienti per rivelare al medico esperto l'alterazione della memoria.

Si stabilisce così un progressivo ineluttabile *impoverimento del patrimonio rappresentativo* che conduce finalmente alla completa distruzione dell'intero materiale psichico. Naturalmente la rapidità con la quale ha luogo tale processo è molto diversa. Essa forse viene determinata in prima linea dalla natura e dalla intensità del processo

morboso, ma anche dalla estensione della capacità e della resistenza individuale. Il modo in cui si verifica la perdita graduale del patrimonio psichico dovrebbe essenzialmente dipendere dalla maggiore o minore stabilità dei singoli elementi. Le associazioni ideative molto esercitate resistono più a lungo; il negoziante suole perdere più tardi di un contadino l'uso della tavola pitagorica; un giovane venditore ambulante poteva contare ancora correntemente piccole somme di danaro quando già era profondamente demente. Talvolta alcune rappresentazioni completamente accessorie che per un avvenimento causale ebbero per un certo tempo il predominio, rimangono fisse in modo sorprendente. Un infermo già in istato avanzato di demenza ripetè per alcuni anni, in ogni discorso, il numero della camera del sanatorio ove era stato fino al giorno della sua entrata in Clinica. Finalmente l'infermo non sa più se è ammogliato, se ha figliuoli, di che cosa prima si occupava, egli ha perfino dimenticato la sua età, il suo domicilio e anche il suo nome, benchè possa muoversi ancora in modo presso a poco ordinato nel suo ambiente. Si possono però anche allora ricevere talvolta risposte sorprendentomente giuste, segno che in principio lo rappresentazioni stesse non erano distrutte, ma che l'infermo è divenuto incapaco a risvegliarle. Una eccitazione esterna può venire allora in suo aiuto. In seguito però esse scompaiono completamente; l'infermo allora non è più in grado di riconoscere i suoi parenti più prossimi.

In alcuni casi accanto alla debolezza generale della memoria si possono constatare *lacune* che hanno ora una maggiore, ora una minore estensione. Queste sogliono specialmente mostrarsi in coincidenza ai cosidetti attacchi paralitici. Una mia inferma, quando dopo un breve stato di agitazione con confusione riprese la coscienza, aveva completamente perduto il ricordo degli ultimi 5 mesi antecedenti all'attacco, benchè durante questo tempo si fosse fidanzata e sposata. Mentre era divenuta completamente lucida per tutto il resto, si mostrò molto meravigliata quando si presentò a lei il marito. Dopo un successivo analogo attacco non era capace di ricordarsi del primo soggiorno nel manicomio durato 6 settimane e che aveva avuto luogo solo da poco tempo, e malgrado la sua piena coscienza per tutte le altre cose non riconobbo affatto nè i medici nè le infermiore.

Molto frequentemente la scomparsa dei ricordi è compensata dalla *forza immaginativa*. Appunto perchè le vere reminiscenze impallidiscono e scompaiono, la libera invenzione ha un campo più vasto. Non solo sogni, cose udite e lette vengono riportate attualmente quali avvenimenti del proprio passato, ma anche tutta una serie di rappresenta-

zioni puramente inventate vengono affermate, come sorgono al momento. L'infermo racconta favolose avventure, ha combattuto grandi battaglie, ha vissuto confidenzialmente con molte persone celebri, da tempi antichissimi ha guidato o partecipato a tutti gli avvenimenti storici. Egli ha distrutto l'Inghilterra, ha sconfitto i Persiani, ha rubato migliaia di bellissime donne, ha inventato il sistema numerico, ha trovato il modo di trasformare con l'elettricità il legno in oro, egli è l'autore delle poesie di Hafis, ha scoperto l'America con gli eroi nordici. In tal modo l'infermo presenta un caratteristico e mutevole giuoco colorito di rappresentazioni straordinarie, che ricorda in alto grado la nostra vita sognante e che sta in strano contrasto col suo contegno che è in generale sufficientemente ordinato. In modo più pronunciato questi stati crepuscolari sognanti insieme a ricco favoleggiare si sono riscontrati in paralitici che presentavano atrofia del nervo ottico; disturbi che possono durare mesi e anni. D'altra parte osserviamo non raramente che viene falsificato proprio il ricordo dei *tempi più recenti* per mezzo di alcune reminiscenze liberamente inventate. L'infermo racconta in buona fede come egli mezz'ora prima abbia ricevuto una comunicazione, una lettera, una visita, pranzato il giorno avanti con l'imperatore, come si sia fidanzato la mattina con una principessa o abbia compiuto un viaggio. Di regola questi racconti possono essere provocati o influenzati da domande suggestive. Inoltre ci accorgiamo per lo più che gli informi si mostrano dapprima incerti nelle manifestazioni che vengono ad essi ad arte strappate, ma che a misura che parlano si convincono della verità di quel che dicono.

Questa accessibilità dei ricordi agli eccitamenti esterni e solo una parziale manifestazione della generale *influenzabilità* del pensiero dei nostri infermi. Le rappresentazioni che insorgono in essi non hanno ferme radici, nè esercitano una influenza direttiva sopra il successivo pensiero e sulla condotta successiva. Piuttosto esse vengono rapidamente cacciate, senza lasciare traccie, da impressioni esteriori o da nuovi pensieri e stati sentimentali che si presentano tutto ad un tratto. Gli infermi si distraggono in alto grado; una impressione casuale basta per distrarli e indurli in una direzione del tutto diversa. Il loro decorso ideativo diviene quindi facilmente senza scopo e confuso. Spesso si può riconoscere anche in ciò una grande uniformità; gli infermi impoveriti psichicamente espongono sempre le poche rappresentazioni di cui dispongono, perchè hanno dimenticato le loro antecedenti manifestazioni e sono anche incapaci di sopprimere ciò che viene loro in mente.

Un altro disturbo di grave conseguenza che si mostra molto precocemente, e che è sempre ben distinto nel campo intellettivo dei paralitici, è la *mancanza di critica*. Questo sintoma rende spesso evidente al medico esperto la profondità e la gravità della malattia, anche quando non sembra ancora esista altro motivo per allarmarsi. La tranquillità con la quale l' infermo espone qualsiasi insensato progetto, il non farsi le obbiezioni più semplici, la minima resistenza contro insorgenti idee deliranti, la incapacità a pensare logicamente, la irreflessività delle risoluzioni, si mostrano in generale molto precocemente, benchè le abitudini ideative imparate possano nascondero fino ad un certo grado e per molto tempo tutta la estensione della incapacità alle attività psichiche. Gradatamente l'infermo perde sempre più la padronanza su quegli stabili concetti fondamentali con i quali si sogliono giudicare le cose della vita, perde la capacità a rettificare con l'osservazione dei fatti le rappresentazioni del potere immaginativo e quindi entra in un mondo sognante, nel quale tutto corrisponde alla propria immaginazione, al proprio desiderio, ai propri timori. In tal guisa egli giunge allo sviluppo di *idee deliranti;* tutto il suo ambiente, tutte le sue condizioni vengono mutate nel suo cervello, perchè egli le riguarda con occhi speciali e non è capace di avvedersi delle stridenti contraddizioni tra le sue colorite fantasie e la realtà. Ciò che nella paralisi progressiva dà a questo processo fin dall'inizio una impronta caratteristica, è appunto la *debolezza psichica*. Di rado riscontriamo per un tempo più o meno breve idee deliranti sistematizzate, uniche, analoghe a quelle del paranoico, le quali del resto sogliono essere caratterizzate anche da un certo contenuto vago e dalla influenzabilità. Per lo più si confondono in modo variopinto idee a contenuto diverso, e vengono accettate senza il menomo riguardo alle più evidenti contraddizioni. In tal modo si ha la straordinaria insensatezza e stravaganza delle idee deliranti paralitiche, che subito sogliono sorpassare il limite del verosimile o anche del possibile con una sorprondente ingenuità. Dove la vivacità della forza immaginativa dura più a lungo della distruzione della critica, la quantità e l'abbondanza delle idee deliranti può essere per qualche tempo molto grande, in modo analogo a ciò che avviene nella demenza paranoide.

Insieme alla *debolezza psichica* del paralitico si verifica anche il fatto che il delirio non suole essere affatto stabile, ma continuamente mutevole per interne impressioni o per influenze esterne. Nuove rappresentazioni insorgono e le vecchie scompaiono. Ogni rappresentazione del delirio paralitico suole offrire numerose e importanti devia-

zioni dalle varianti antecedenti. Il conte di ieri è forse oggi imperatore e domani sarà un giovane tenente, anzi molto frequentemente con domande imbarazzanti, suggestive, e vivaci eccitamenti, si riesce a spingere il malato in pochi minuti ad aumentare rapidamente le sue idee fino al prodigioso. D'altra parte noi vediamo in tali casi scomparire non di rado tutto a un tratto nuovamente le idee deliranti più smisurate. Esse vengono dimenticate semplicemente dall'infermo anche senza che siano sostituite da nuove rappresentazioni; ben raramente si ha una vera rettificazione con lucido riconoscimento del delirio.

Un vero *riconoscimento della malattia* nella paralisi progressiva per lo più non si ha. Al contrario gli infermi si sentono frequentemente più sani di prima o per lo meno essi non avvertono che la loro forza psichica è completamente distrutta, appunto perchè hanno perduto la capacità di confrontare il loro stato odierno con quello del tempo normale da lungo tempo dimenticato. Solo all'inizio può aversi una vera coscienza della natura della malattia e della sua imminente gravezza. Io posseggo la lettera di un colonnello nella quale egli annunziava la risoluzione di porre fine alla propria vita perchè soffriva di rammollimenti cerebrali e stava per divenire un demente. Il successivo decorso della malattia giustificò completamente il suo presentimento. Veramente non è raro che gli infermi sentano per lo mono l'avvicinarsi di una malattia grave, inguaribile. Spesso varie sofferenze nervose o anche puramente ipocondriache fanno sì che il paziente stesso si riconosca malato senza che però comprenda e riconosca i veri sintomi morbosi. Alcuni infermi ritengono malati di mente gli individui che vivono insieme a loro, p. e. la moglie o il medico, e quindi acconsentono volontieri alla proposta di chiamare un alienista.

Il *tono sentimentale* degli infermi presenta non meno della attività psichica gravi disturbi. Nel primo periodo della paralisi progressiva *l' aumentata eccitabilità* è quella specialmente che suole colpiro, i parenti. L'infermo è capriccioso, facilmento depresso e di cattivo umore, si eccita senza motivo violentemente e in modo rapidamente transitorio per le più piccole occasioni, e allora perde completamente il predominio su se stesso e si lascia andare a volte a commettere atti brutali. D'altra parte è riconoscibile fino d'allora un certo *ottundimento* di fronte a eccitamenti emotivi più gravi, ciò che indica una diminuzione nei sentimenti più elevati e delicati. Il piacere per il lavoro psichico, per godimenti artistici, per rapporti emotivi con l'ambiente, con la propria famiglia, cede il posto ad una indolente indifferenza, che sta in accentuata contraddizione con la eccitabilità dell'infermo.

Le medesime caratteristiche, quale: facile eccitabilità da una parte, mancanza di sentimenti più profondi e durevoli dall'altra permangono per lo più anche durante il successivo decorso della malattia. Il *colorito* del tono sentimentale mostra per lo più una concordanza col contenuto delle idee deliranti, forse perchè queste ultime sono influenzate da quelle. Le idee di grandezza vengono accompagnate da un tono sentimentale elevato, spesso addirittura felice, mentre d'altra parte riscontriamo profonda depressione o violenti stati ansiosi uniti a idee deliranti tormentose. Vero è che talvolta anche idee tristi vengono espresse con aspetto raggiante. Ma di regola non è sempre lo stesso colorito di tono sentimentale che accompagna tutto il decorso della malattia. Invece un repentino cambiamento degli eccitamenti sentimentali è talmente caratteristico della paralisi progressiva che a volte si può basare addirittura su questo la diagnosi della malattia. In mezzo ad una grande allegria si ha tutto ad un tratto un torrente di lagrime, oppure la miseria ipocondriaca si cambia in una gioia puerile. Di speciale importanza è il fatto che frequentemente si riesce a provocare, per così dire artificialmente, questi rapidi cambiamenti per mezzo di eccitazioni di adatte rappresentazioni, spesso anche col tono di voce o con l'espressione del volto, come anche si riesce ad abolirle nello stesso modo. Del resto anche senza l'associazione con l'idee deliranti una specie di contentezza demenziale o di cattivo umore burbero può accompagnare il progredire dell'ottundimento emotivo anche per lungo tempo fino ai gradi più alti.

Naturalmente da questi disturbi il *carattere* dell'infermo viene completamente trasformato. Al posto della fermezza e della indipendenza antecedente si manifesta una progressiva debolezza volitiva la quale si esplica con una accentuata effeminatezza, con docilità, con poca fermezza, e a volte anche con una specie di testardaggine sciocca, impulsiva. Mentre la eccitabilità spontanea, la « iniziativa » va sempre più scomparendo, l'infermo trattato abilmente si lascia quasi sempre condurre facilmente in ogni direzione. Specialmente il trasporto nel Manicomio, che è per lo più temuto dai parenti, ha spesso luogo senza alcuna difficoltà, con la maggiore sorpresa dei parenti stessi. La spensierata naturalezza con la quale i paralitici, malgrado manchi completamente il sentimento di malattia, si risolvono senz'altro « a lasciarsi curare » e con ciò si abituano alla vita manicomiale vantando la bella camera, il buon nutrimento, il trattamento, e restando volentieri « ancora un po' di tempo », dimostra nel modo più evidente la debolezza volitiva di questi infermi. Alcune parole gentili, uno scherzo, una risposta

evasiva sono sufficienti a tranquillizzare sempre nuovamente il malato, anche quando rimette la sua partenza sempre per « l'indomani », quando insiste affermando di essere indispensabile per la famiglia o quando spiega i suoi urgenti progetti per l'avvenire. In tal modo l'infermo diventa incapace ad ogni lavoro ordinato, perchè in parte dimentica o trascura i suoi obblighi, e in parte li adempie, ma incompletamente, disordinatamente ed erroneamente. Un signore molto istruito, completamente cosciente, il giorno del suo ingresso alla Clinica pregò affinchè gli fosse prestata, per leggerla, una enciclopedia; il giorno segnente ne chiese un altro volume, perchè già aveva terminato il primo.

D'altra parte l'infermo suole seguire senza resistenza gli impulsi e le idee insorgenti. Le sue azioni portano quindi l'impronta della irreflessività e della inconsideratezza. Uno dei miei infermi saltò da una finestra del secondo piano per andare a prendere un pezzo di sigaro e si produsse una frattura del perone; un altro volle scendere da un luogo alto per mezzo di una corda sottilissima e cadde giù. Anche degli atti criminosi, specialmente dei furti, possono essere commessi in tal modo senza che l'infermo sia in grado di comprendere la portata e l'importanza di ciò che fa. Frequentemente a tutto ciò va unita una precipitosa e multiforme attività. In modo rapido e senza riflettere l'infermo cerca di porre in opera i suoi piani deliranti, non nella maniera tenace, logica, da lungo tempo preparata dal paranoico, ma egli fa già i primi passi appena è insorta in lui l'idea, per lasciarla cadere e per dimenticarla per un'altra cosa nel momento successivo.

Nel *contegno* dell'infermo la paralisi progressiva si rivela con l'indifferenza alle esigenze del pudore e delle costumanze sociali che gli fanno commettere facilmente, come avviene all'ubbriaco, mancanza di tatto, sgarberie e anche gravi offese, senza che ne abbia la minima coscienza. Quegli arresti e quegli impulsi che abbiamo imparato dall'uso e che regolano anche la forma esteriore del nostro agire e del lasciar fare in riguardo all'ambiente, sono perduti per il paralitico, per lo più molto precocemente. Gli infermi si trascurano, non s'interessano più all'ordine e alla pulizia, passeggiano con abiti sdrusciti, con unghie sudicie, fanno facilmente amicizia con persone sconosciute, si vantano in modo inopportuno, si mettono in evidenza, raccontano pubblicamente le loro cose più intime. Solo in qualche caso in cui le convenzioni dei rapporti umani sono impresse molto profondamente nella natura umana da una lunga abitudine o da una naturale disposizione, si vedono anche in malati già dementi conservate ancora

abbastanza. L'eccitamento sessuale, che frequentemente sopravviene, si manifesta raccontando storie scollacciate, ricercando società equivoche e commettendo eccessi e stravizi senza alcun ritegno.

Quando il disturbo della coscienza è più grande o è più avanzata la debolezza psichica, sopravvengono non di rado anche nella paralisi alcune di quelle manifestazioni morbose che abbiamo già imparato a conoscere quali fenomeni catatonici. Non solo la catalessia per lo meno transitoria è abbastanza frequente, ma si riscontra anche ecolalia, ecoprassia e verbigerazione. Inoltre vengono spesso riscontrati accenni di negativismo, mutacismo, sitofobia, resistenza a esortazioni, all'esame, ritenzione di feci e di urine, mantenimento ostinato della medesima posizione. Generalmente però la resistenza dell'infermo è molto più mutevole e meno stabile di quella del catatonico, e a volte si lascia vincere anche dalla persuasione, sicchè si deve rimanere in dubbio se le manifestazioni morbose, esteriormente somiglianti, abbiano realmente la medesima origine. Molto più raramente si manifestano accentuati movimenti interminabili, moti di difesa e di pendolo, grida o ruggiti bestiali, uniformi, a lungo protratti. Inoltre questi fenomeni non sembrano come nella catatonia puramente impulsivi, ma per lo più sembra rappresentino residui di azioni originariamente logiche. Fino ad ora non mi sono potuto convincere che si debbano riunire tali casi isolati in una forma speciale, catatonica, della paralisi progressiva.

Ciò che dà sopratutto alla paralisi progressiva la sua impronta clinica caratteristica sono i *disturbi nervosi* che accompagnano il decorso di questa malattia. Quale fenomeno molto regolare all'inizio della malattia si riscontra un forte *dolore di capo*, che per lo più viene descritto come un senso di pressione sordo, ma molto violento, come se il cervello venisse stretto con grande forza da una morsa. Più fortemente il dolore risiede sulla regione frontale. A ciò vanno uniti spesso disturbi di circolazione (ronzio, scintillio, vertigine). Nel campo degli *organi di senso* si può spesso constatare fin da principio una aumentata eccitabilità, in seguito, non raramente, una maggiore o minore diminuzione della sensibilità che si deve riportare indubbiamente allo stato psichico, specialmente alla diminuita attenzione. Un caratteristico disturbo visivo che insorge frequentemente in seguito ad attacchi paralitici e che va unito al reperto negativo del fondo oculare, consiste in una maggiore difficoltà nel riconoscere e nel localizzare gli oggetti; questo disturbo descritto da Fürstner è stato da esso interpretato come dovuto ad una lesione a focolaio della cor-

teccia occipitale; e stata spesso anche riscontrata sordità verbale e asimbolia. In alcuni casi si possono anche dimostrare disturbi emianopsici, specialmente in seguito ad attacchi paralitici. D'altra parte però si debbono registrare anche alcuni reperti morbosi constatabili dell'organo sensoriale periferico. L'atrofia dei nervi ottici di differente grado è stata osservata nel 4-5 % e secondo la statistica di Möli perfino nel 12 % dei casi, specialmente in quelle forme che sono associate a lesioni dei cordoni posteriori; talvolta questo reperto è il primo segno della malattia che l'inizia. Inoltre è stata descritta talvolta una « *retinitis paralytica* », che non è però affatto caratteristica; inoltre tutta una serie di altre alterazioni oculari molto svariate. De Martins riscontrò spesso disturbi del gusto, quasi sempre perdita del gusto per il salato.

Molto manifesti sono i fenomeni nel campo della sensibilità cutanea. All'inizio della malattia si hanno spesso varie sensazioni spiacevoli, prudore e bruciore generale, dolori « reumatoidi », che a volte sono per lungo tempo gli unici segni della iniziantesi infermità. Io ho visto uno di questi infermi che si lamentò di dolori reumatici della scapola sinistra e che era stato curato già inutilmente per alcuni mesi senza che si fosse diagnosticata la paralisi progressiva; un altro infermo soffrì dapprincipio di una nevralgia del pene e di un testicolo; alcuni infermi vengono creduti per lungo tempo nevrastenici o malati di nevrosi traumatica. In alcuni casi esiste una grande sensibilità per il freddo. Nel successivo decorso si sviluppa senza eccezione, prima o dopo, una importante diminuzione per tutte le forme della sensibilità cutanea, sopra tutto però una accentuata *analgesia*. Specialmente se si distrae l'attenzione dell'infermo con domande si riesce, molto spesso, anche in periodi relativamente precoci, con la maggiore successiva meraviglia dell'infermo stesso, ad attraversare con uno spillo una plica cutanea senza che il malato se ne accorga. È appunto questa insensibilità di fronte al dolore che favorisce la produzione di varie sorta di lesioni, specialmente di estese scottature, perchè il malato non si accorge del pericolo e quindi non lo evita. Gli infermi si stirano le dita fino a scorticarsele, si rodono le unghie fino a scoprire il letto ungueale, adoperano senza riguardo gli stuzzicadenti fino a prodursi lesioni nella bocca; io ricordo un capitano che una notte si morse una mano perchè la credette qualche cosa di estraneo, non appartenente a lui.

Nella paralisi progressiva hanno una speciale importanza i *disturbi motori*, tra i quali dobbiamo ricordare come più degni di nota gli « attacchi paralitici ». Le forme più lievi di questi consistono in attacchi

transitori di *vertigine*, frequentemente uniti a incapacità di breve durata ad articolare le parole, o ad impuntamenti, più raramente accompagnati da lievi emiparesi. Alcune volte si osserva una completa *afasia* senza paralisi che dura parecchi giorni e che sparisce abbastanza rapidamente. Molto più seri sono gli *attacchi epilettiformi*, che o somigliano ai comuni accessi convulsivi epilettici o, più frequentemente, portano con se i segni caratteristici della epilessia corticale. Questi attacchi sono per lo più preceduti da vari disturbi iniziali, smemoratezza, grave ottundimento, pesantezza nei movimenti, debolezza di un lato, finchè l'infermo cade ad un tratto a terra e cominciano le convulsioni. Frequentemente si può seguire il lento estendersi della irritazione ai singoli territori della regione motoria corticale. Così dapprincipio si possono avere lievi contrazioni dei muscoli del volto con ruotamento degli occhi e movimenti nistagmiformi, poi l'eccitamento si estende al collo, al braccio, ai muscoli della respirazione, dell'addome, alla gamba dallo stesso lato, per passare infine anche al lato opposto, mentre forse vanno diminuendo nel lato prima attaccato. KEMMLER ha richiamato l'attenzione sul fatto che le contrazioni convulsive presentano spesso una netta simultaneità con le pulsazioni arteriose, sicchè sembrano determinate dall'effetto irritativo dell'onda sanguigna. Questo rapporto che può essere esattamente fedele fino al dicrotismo e all'aritmia, diminuisce solo con l'insorgere della debolezza cardiaca o con la preponderanza di altri movimenti muscolari più intensi.

L'estensione dei moti convulsivi è molto varia. Talvolta sono colpite sempre regioni circoscritte o solo lievemente variabili; in altri casi le convulsioni migrano lungo tutta una serie di gruppi muscolari. Simili attacchi possono avvenire molto frequentemente con intervalli più o meno lunghi, durante i quali l'infermo giace incosciente, oppure muovendo insensatamente braccia e gambe, ripetendosi talvolta 20–30, e anche fino a 80 e 100 volte nelle 24 ore. Di regola però l'attacco suole passare dopo una o al massimo dopo alcune ore, però non raramente è stata osservata una durata di vari giorni fino a 14. Io ho visto in un infermo manifestarsi, aumentando sempre la incoscienza, contrazioni nel facciale di destra, poi in tutta la parte destra con paresi spastica, emianopsia ed emianestesia; gradualmente i disturbi comparvero nella parte sinistra; inoltre le convulsioni si manifestarono a sbalzi nelle regioni muscolari più svariate, si ebbe afasia completa e sordità verbale, finchè il 15.° giorno sopravvenne la morte. La temperatura del corpo è per lo più aumentata anche considerevolmonte. Nella figura 17 è esposto il tracciato della tempera-

tura durante due successivi attacchi paralitici; la parte punteggiata indica le ore notturne. Si vede il repentino sollevarsi e il cadere più lento della curva fino a temperatura subnormale; sembra quasi che il secondo attacco si sia andato preparando solo gradualmente. Nell'urina si riscontra spesso albumina. Molto frequentemente la vescica e il retto sono paralizzati, sicchè si ha ritenzione di urina e di feci con le loro conseguenze: pielite, nefrite, periproctite, se non si provvede a vuotare a tempo i due organi. La nutrizione è resa impossibile per la pa

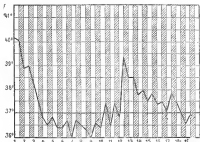



Fig. 17. — Decorso della temperatura durante due attacchi paralitici della durata di più giorni.

ralisi dei muscoli della deglutizione. Poichè oltre a ciò i riflessi laringei sono quasi completamente aboliti, esiste un serio pericolo per il malato per l' aspirazione della saliva dalla cavità boccale riempita di abbondanti materiali, di decomposizione (causa talvolta di parotite); infatti riscontriamo nella maggioranza dei casi quale causa di morte dei paralitici durante l'attacco, la polmonite *ab ingestis* (detta pure « polmonite ipostatica »). Finalmente per insufficienti cure è spesso causa di morte la gangrena da compressione che fa sempre numerose vittime.

Il riaversi da un attacco avviene sempre in modo graduale, spesso attraversando uno stadio di grande confusione e di stupore. Ma anche in seguito si osserva quasi di regola un aumento considerevole della debolezza psichica; in certi casi si ha tutto ad un tratto una profonda demenza, mentre fino allora il contegno era rimasto presso a poco normale. Nello stesso tempo permangono spesso alcune manifestazioni a focolaio: paralisi circoscritte o emilaterali, movimenti coatti, spasmi, disturbi della parola, afasia, sordità verbale, emianopsia, ipoestesie, che per lo più scompaiono presto, ma che talvolta rimangono durevolmente.

Un'altra forma di attacchi paralitici, meno frequente, è costituita da *attacchi apoplettiformi* che si manifestano come gli usuali attacchi apoplettici con repentina incoscienza, caduta, respirazione stertorosa, ipertonia o paralisi flaccida, i quali fenomeni vengono ora seguiti da emiplegie, contratture, disturbi afasici, ora decorrono senza alcun postumo, spesso anche inaspettatamente conducono a morte. Così alcuni di quei « colpi apoplettici » che si manifestano nella età media e che conducono rapidamente a morte, sono da ritenersi probabilmente dovuti ad una iniziantesi paralisi progressiva che in alcuni casi può essere dimostrata all'autopsia.

Oltre a questi attacchi che vanno uniti a stati di profondo offuscamento della coscienza, si riscontra anche nei paralitici tutta una serie di altri disturbi che si iniziano più o meno rapidamente e che forse si è autorizzati a riguardare sotto il medesimo punto di vista. Così possono aversi fatti paralitici che si manifestano talvolta con coscienza completamente chiara e che scompaiono ugualmente con la medesima rapidità. Uno dei miei infermi fu colpito in tal modo all'inizio della malattia da una emiplegia destra con disturbi dell'articolazione della parola, della deglutizione e paresi del facciale; questi fenomeni scomparvero rapidamente, ma rimase una accentuata debolezza mentale. Non sono rari, in luogo degli attacchi, contrazioni di alcuni muscoli, di gruppi muscolari o degli arti, spasmi clonici, subitanea debolezza di un braccio, debolezza di una gamba, ecc. Anche nel campo sensoriale si manifestano simili attacchi; parestesie transitorie, ipoestesie, disturbi nel campo visivo, forti emicranie, disturbi vasomotori, scotomi scintillanti insorgenti di tempo in tempo, che possono essere i primi sintomi della paralisi progressiva. Neisser pensa alla possibilità di una diversa localizzazione della lesione secondo la natura degli attacchi, e parla addirittura di attacchi bulbari, spinali, cerebellari. A questi inoltre vanno uniti gli stati, che insorgono rapidamente, di confusione delirante con smemoratezza, agitazione, rossore del capo, parola difficoltata, vomito, aumento della temperatura, che talvolta sono stati osservati in infermi che hanno poi presentato attacchi paralitici tipici.

L'analogia clinica di simili disturbi con gli attacchi antecedentemente descritti, è, specialmente in riguardo alle nostre nozioni sulla epilessia, così grande, che noi abbiamo in tali casi ben ragione di parlare di attacchi incompleti, rudimentali. Tutte queste diverse forme possono comparire in ogni periodo della malattia, però in genere gli attacchi apoplettiformi appartengono prevalentemente ai primi period può dirsi solo che gli attacchi più lievi sono stati riscontrati più

facilmente all'inizio e i più gravi più frequentementene nei periodi successivi. Non tanto raramente un attacco paralitico è il primo segno palpabile dell'inizio della malattia.

Secondo la statistica di Heilbronner compiuta a Monaco, la frequenza degli attacchi (1) è circa del 60 %, secondo Behr a Hildesheim del 58, 3 % negli uomini e del 51, 3 % nelle donne. Al contrario Räcke a Tubingen riscontrò gli attacchi solo nel 34, 5 % degli infermi; ed io li ho riscontrati solo circa nel 36 % dei casi. Vero è che questo numero aumenta fino al 46 % se vi contiamo quelli dei caduti, perchè proprio nell'ultimo periodo della malattia si possono avere attacchi. La ragione per queste cifre così basse risiede verosimilmente nel fatto che nella Clinica la cura in letto poteva essere eseguita molto più estesamente che nei grandi Manicomi. Anche Kemmler ha riferito che in Breslavia il numero degli attacchi osservati è diminuito essenzialmente con la clinoterapia. Sembra che gli attacchi siano un po' più frequenti negli uomini che nelle donne. Hoppe li riscontrò nel 43 % nei primi e nel 29, 3 % nelle seconde. Delle diverse forme cliniche della paralisi progressiva, secondo le mie osservazioni, le formedi semplice demenza si distinguono specialmente per attacchi più numerosi; secondo le mie statistiche si raggiunge la frequenza del 45, 4 % e contandovi i deceduti del 55. 3 %, mentre nelle forme espansive si cade al 33 %. Quale causa occasionale degli attacchi vengono invocate le emozioni, gli eccessi, la ripienezza di stomaco, la stasi fecale (infezione intestinale); ma per lo più non è riconoscibile una causa determinata.

L'apparato motorio dell'*occhio* presenta di regola dei disturbi. La paresi di alcuni muscoli oculari, specialmente transitoria, si osserva non raramente; secondo la statistica di Räcke nel 18, 2 % dei casi. Completa oftalmoplegia però è stata riscontrata solo eccezionalmente. Al contrario secondo le osservazioni fatte a Berlino in un gran numero di malati, la differenza tra le due pupille è stata riscontrata nel 57, 5 %, la rigidità nel 34 %, una reazione molto lenta nel 35, 5 % dei casi, in questi casi le pupille sono anche ristrette. Siemerling recentemente ha riscontrato nel 68 % la rigidità pupillare; Westphal la riscontrò nel 50 %, Räcke nel 58, 2 % e trovò differenti le pupille nell'83, 6 % dei casi. Torkel vide salire la frequenza della rigidità pupillare durante il soggiorno nell'Asilo da 33 a 41 %. Spesso le pupille non hanno contorni

(1) Heilbronner, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LI*, 22; Behr, *idem LVII*, 719; Hoppe, *idem LVIII*, 1079; Räcke, *Archiv. f. Psych. XXXV*, 547.

regolari, ma per ineguale innervazione delle singole parti dell'iride, più di rado per aderenze, sono ovali, angolari e stirate. Quando esiste abolizione o intorpidimento unilaterale della reazione alla luce e alla accomodazione o nel chiudere le palpebre, può insorgere un cangimento nella differenza tra le pupille che può anche venire provocato artificialmente, come ha dimostrato Pilcz, inquanto che a seconda delle varie condizioni la pupilla mobile è a volte più stretta, a volte più larga della rigida. Kirschl trovò anche la reazione pupillare simpatica, cioè la dilatazione per stimoli dolorosi, spesse alterata nella paralisi, talvelta già in un periode nel quale la reazione alla luce era ben censervata. Si è osservata ancora frequentemente ptosi unilaterale o bilaterale, movimenti del bulbo, più raramente midriasi, oppure rapidi mutamenti delle dimensioni delle pupille.

I *tratti del volto* sono rilasciati (scomparsa delle pliche naso-labiali), inespressivi; abbastanza spesso si osserva anche ineguaglianza nelle due metà del volto, abbassamento di un angolo boccale. Molto frequentemente si riscontrano contrazioni fibrillari e manifesti movimenti concomitanti, quando si chiede all'infermo, che facilmente si confonde, di compiere successivamente vari movimenti coordinati, come, p. e., chiudere gli occhi, aprire la bocca, tirar fuori la lingua, ecc. Si vede passare attraverso tutta la muscolatura del volto come una specie di « lampeggiamento » di tremori, mentre l'infermo cerca di compiere i movimenti impostigli. Il portamento e cascante, senza energia. Si riconosce distintamente questo disturbo, come pure l'ottundimento o lo state demenziale dall'espressione del viso nel gruppo che qui si riporta. L'infermo che sta nel mezzo dimostra un tone sentimentale elevato dai fiori che porta sull'abito; il suo vicino di sinistra presenta una paresi del facciale sinistro.

La *voce* diviene uniforme, perde la sua espressione e spesso anche il suono abituale (paresi delle corde vecali), talvelta questo è il primo sintoma accentuato della paralisi progressiva, specialmento nei cantanti. La *lingua* nen raramente è deviata, mostra gravi tremori fibrillari, si mueve male, ha mevimenti *in toto,* è tirata fuori con numerosi movimenti concomitanti, come aprire gli occhi, cerrugare la frente e a volte con l'aiuto delle dita. Per impedire le scosse muscolari talvelta l'infermo mostrando la lingua la stringe invelontariamente tra i denti. La *deglutizione* è resa molto difficile, specialmente negli ultimi stadii della malattia; spesso i cibi vanno a traverso, senza però che l'infermo reagisca in modo energico, e ciò a causa della insensibilità del laringe. Un altro segno di origine bulbare è dato dal riso spastico riscontrato

qualche volta. « Io non ho alcuna volontà di ridere » mi disse uno di questi infermi. In un altro infermo insieme con i generali mutamenti dovuti alla paralisi si riscontrò una grande gomma nel ponte. Frequentemente è stato riscontrato negli stati di avanzata demenza un ritmico movimento di *arrotare i denti*, continuato molto a lungo, che deve essere riguardato quasi come una caratteristica della paralisi progressiva. In un caso io vidi iniziarsi la malattia con convulsioni molto violente e tenaci del nervo accessorio.

Tra i sintomi più importanti della paralisi progressiva sono da ricordare i disturbi della *loquela*. (1). Dobbiamo però distinguere i disturbi *afasici* e i disturbi *disartrici*. Stati di afasia transitoria, raramente duraturi, seguono molto spesso gli attacchi paralitici. Uno dei miei infermi non potè per intere settimane dire il nome degli oggetti che gli si presentavano, benchè riconoscesse gli oggetti stessi. Molto più ostinata suole essere la *parafasia* che può durare immutata per molti mesi. In tali casi o singoli oggetti vengono chiamati con nomi errati, oppure certe denominazioni stereotipiche *ritornano* erroneamente nelle occasioni più diverse. Molto più raramente si riscontra *sordità verbale*, che inoltre per la debolezza mentale dell'infermo è per lo più difficile a riconoscere. Però, specialmente dopo attacchi paralitici, si vede spesso che gli infermi non comprendono più affatto neppure le più semplici domande, ma eseguiscono subito ciò che loro si domanda per mezzo della mimica. Molto analogo a questo disturbo è la perdita, spesso osservata nei paralitici, dello disposizioni *musicali*, della capacità di comprendere le melodie, ma specialmente di cantare in modo giusto e di ripetere l'altrui canto.

Ai disturbi centrali della parola appartiene l'*agrammatismo* osservato in alcuni casi, l'incapacità, cioè, a comporre giuste frasi. Gli infermi parlano come i bambini, senza legami o col modo infinito. Molto più frequentemente si hanno disturbi nella composizione sillabare delle parole. Secondo Trömner noi possiamo distinguere la omissione (« elettrità »), la contrazione (« ettrità ») e il raddoppiamento sillabica (« elettricitita »). Quest'ultimo disturbo, al quale va unita l'involontaria unione di sillabe (agglutinamento) senza tono, si riscontra specialmente alla fine delle parole. La sillaba finale, malgrado la visibile resistenza dell'infermo, viene ripetuta rapidamente talvolta 3-4 volte e più, finchè si tranquillizza l'apparecchio motore della parola (« Anton-ton-ton-ton »).

(1) Trömner, *Archiv f. Psychiatrie*, *XXVIII*, 190.

Io vorrei proporre per questo accentuato disturbo, al quale corrispondono analoghe manifestazioni in altri campi muscolari, il nome di « logoclonia ». In seguito a tutti questi disturbi che spesso sono associati ad afasia, la parola può divenire un miscuglio di associazioni fonetiche insensate e spesso ripetute. Ho conosciuto un infermo molto istruito nel quale il primo sintoma accentuato della paralisi progressiva fu un lieve attacco apoplettico dopo il quale per alcune ore egli parlò in modo completamente incomprensibile, mescolando le 5 o 6 lingue che conosceva.

Ancora più frequenti dei disturbi centrali della parola sono gli inceppamenti articolari i quali sogliono manifestarsi dapprincipio solo dopo gli attacchi paralitici o negli stati di eccitamento, ma più tardi divengono permanenti. Questi disturbi si possono distinguere in due diversi gruppi, i quali però nei singoli casi sono di solito associati, disturbi paretici cioè, e disturbi atassici o di coordinazione. La difficoltà nei movimenti dei muscoli delle labbra e della lingua impedisce all'infermo la distinta pronunzia di alcune lettere e anche più la emissione rapida di complicate associazioni di lettere, vale a dire il passaggio rapido da una posizione motrice ad un'altra. In tal modo si giunge ad un rallentamento della parola, ad un arresto momentaneo (esitazione), e talvolta anche ad una notevole pausa tra le singole sillabe, per lo più con la perdita dell'accentuazione e del giusto tempo (scandimento). Contemporaneamente la parola, specialmente per lo strisciamento di suoni associati, articolati difettosamente, diventa indistinta e confusa (parola strisciante, balbettante). Le parole di prova si prestano per la dimostrazione di questo disturbo. Poichè questo corrisponde perfettamente al disturbo verbale che si riscontra nella paralisi bulbare, si dovrebbe riportare sempre ad una malattia del midollo, specialmente del facciale e dell'ipoglosso. Il disturbo è accompagnato di regola da uniformità di tono nella pronuncia, e dall' assenza di quelle variazioni che subiscono l'intensità e l'altezza dei suoni nel parlare normale. Oltre a ciò è ordinariamente lesa la coordinazione dei suoni sillabici, manifestazione che si suole ritenere insieme ai su riferiti disturbi dell'aggruppamento delle sillabe in parole, quale « impuntamento sillabico ». Passaggi difficili di suoni vengono sostituiti da più facili, oppure vengono semplicemente aboliti o semplificati. Insieme a questi disturbi si manifesta spesso l' influenza nella formazione sillabica di altre sillabe o lettere precedenti o seguenti o di parole simiglianti; come talora avviene anche nei normali, negli errori di pronuncia. Queste difficoltà per lo più non vengono risentite dai malati stessi, oppure sono

riportate a circostanze accessorie: gli infermi sentivano sete, avevano la bocca arida, il cibo non era abbastanza nutriente, oppure si eccitavano continuamente.

I disturbi centrali della parola e quelle disartrici sogliono dimostrarsi piu distintamente, come ha messo in evidenza Rieger, durante la lettura ad alta voce. L'infermo in tal caso fa frequenti ripetizioni con sempre nuove associazioni di sillabe e di parole che hanno solo frammentarie e approssimative somiglianze con quelle che dovrebbero leggersi. Intanto l'infermo crede di aver letto bene, senza però comprendere il contenuto di ciò che ha letto. Fino a qual punto in questi casi la percezione sensoriale di ciò che vien letto, il collegamento dei segni verbali con i concetti da una parte, e dall'altra con le rappresentazioni verbali di movimento, e finalmente l'associazione degli impulsi motori partecipino alla produzione del complicato disturbo, non è possibile ancora stabilire.

La scrittura lascia riconoscere disturbi molto simili a quelli della parola. I singoli tratti sono irregolari e mal sicuri senza però presentare le linee tremolanti di uguale misura come nel tremore senile; invece le linee sorpassano frequentemente i limiti. Delle qui unite prove, la prova di scrittura VII, presenta il minimo grado del disturbo, molto piu distinto e unito a movimenti tremolanti e nella prova VIII che contiene anche varie elisioni. Le prove IX e X sono talmente atassiche che la scrittura è appena leggibile. In questo caso, come anche negli esempi antecedenti, riscontriamo inoltre il correlativo dell'impuntamento sillabico, rappresentato dalla trasposizione delle lettere e delle sillabe, dalla omissione e dalla ripetizione di esse. Poco riguardo si ha dall'infermo per l'ordine nella scrittura. Al malato non importa di sapere se gli basta la linea o la pagina, scrive per dritto e per traverso, incrociando e sovrapponendo le parole spesso anche nelle due parti della busta e a diverse persone nello stesso foglio. Inoltre si riscontrano macchie d'inchiostro e di grasso, il foglio è sudicio, sicchè decifrare queste lettere è non di rado del tutto impossibile. In alcuni casi è stato osservato anche durante lungo tempo una vera *paragrafia*; io vidi un'inferma che mentre a voce si poteva esprimere in modo corrente e quasi senza alcun accenno di disturbi della parola, scrivendo faceva associazioni di lettere completamente senza senso. Progredendo la malattia, si ha per lo più completa *agrafia*. Prova XI. Gli infermi rimangono seduti, perplessi dinanzi alla carta da lettere, senza poter fare che a fatica alcune linee incerte; tralasciando dopo alcune prove mancate, scusandosi perchè hanno « reumatismo nella mano » o perchè « non hanno gli occhiali ».

La fine analisi della scrittura dei paralitici compiuta con l'aiuto del pressiografo ha dimostrato innanzi tutto un certo rallentamento nello scrivere. Inoltre ha dimostrato che si debbono distinguere

Fig. 18. — Prova (VII) di scrittura.
Lieve grado di atassia con elisioni sillabari.

essenzialmente due diversi disturbi nel corso dei movimenti per scrivere, dei quali a volte risalta più l'uno e a volte piu l'altro. In un caso noi abbiamo riscontrato, analogamente a ciò che si ha sotto l'a-

Fig. 20. — Prova (IX) di scrittura
Atassia di alto grado.

zione dell'alcool, un distacco nei rapporti, che sono altrimenti molto intimi, tra pressione nella scrittura da una parte e velocità e direzione dei caratteri dall'altra. Nella scrittura normale ad ogni muta-

Fig. 21. — Prova (X) di scrittura.
Atassia gravissima con forte tremore.

mento della velocità, come della direzione del movimento, corrisponde immancabilmente una oscillazione nella pressione sul piano di sostegno. Le linee di pressione per i singoli segni scritti danno a chi le sa comprendere un distinto quadro dello scritto, ed esse si ripresentano sempre nella

Fig. 22. — Prova (XI) di scrittura.
Agrafia.

medesima persona con una sorprendente rassomiglianza, perchè il processo della scrittura per ogni segno suole avvenire sempre in modo uniforme. Nella paralisi progressiva scompaiono tali leggi; la forza

della pressione nei singoli momenti dell' atto si fa solo in modo molto incompleto, sicchè le oscillazioni caratteristiche delle linee di pressione si presentano indistinte e irregolari. D'altra parte però si manifestano spesso oscillazioni della pressione che non hanno assolutamente alcun rapporto con la forma del segno scritto e disturbano la facilità e la regolarità del movimento. Esse sono la causa perchè i segni di pressione delle lettere scritte, già per sè piuttosto indistinti, vengano ancora sfigurati da incalcolabili aggiunte. Così avviene che non solo il loro rapporto con le caratteristiche dei singoli segni vieno reso più oscuro, ma anche l'armonia delle lineo di pressione per i medesimi caratteri si perde sempre più. Non si può negare che questi risultati corrispondano in modo evidente ai visibili, grossolani cambiamenti della scrittura paralitica. Mentre nel disturbo accennato da ultimo si fa riconoscere l'inizio della incertezza atassica, dalla irregolarità suindicata ha origine l' aspetto sbiadito dei caratteri, e da ambedue ha origine la perdita della regolarità e della caratteristica personale.

Meno evidenti che i disturbi di quelle delicate funzioni che sono lo scrivere e il parlare risaltano da principio le morbose irregolarità dei *movimenti* più grossolani. Certamente il paralitico divione ben presto incapace ad ogni occupazione che richieda una speciale abilità manuale: suonare il piano, infilare un ago; eseguire fini lavori meccanici. Io possoggo una collozione di lavori manuali femminili compiuti da paralitiche: in questi lavori è notevole la sbadataggine e la trascuratezza della esecuzione, i grossi punti, le maglie cadute dai ferri da calza. Contemporaneamente la incapacità psichica si lascia riconoscere nel modo di produrre forme stravaganti di lavori, specialmente delle calze; una inferma, nella parte corrispondente al piede praticò un ristringimento capace di lasciar passare appena un dito; un'altra fece una specie di interminabile tubo; una terza chiuse la calza dalle due parti.

Ma anche in occupazioni molto semplici i disturbi atassici possono a volte essere molto accentuati. La lentezza goffa e la poca abilità nel prendere un oggetto, nell'abbottonarsi, lo stringere la mano a tratti, ad intervalli o persistentemente, lascia riconoscere come sia andata perduta la capacità di regolare i minimi movimenti, anche quando la forza grossolana, a parte lo emiparesi che seguono talvolta agli attacchi, sembra sia ancora abbastanza normale; in qualche caso si manifesta un accentuato tromore intenzionale. La deambulazione gradatamente diviene mal sicura, si compie a gambe larghe, strascicante; a volte, specialmente prima di un attacco, si vede l'infermo pondere comple-

tamente da un lato. A tutto ciò si aggiungono per lo più anche i sintomi di una lesione spinale, la quale più raramente interessa solo i cordoni laterali, più spesso quelli posteriori, ma per lo più ambedue. Nel primo caso, secondo FÜRSTNER nel 14 %, secondo la statistica di TORKEL (1) nel 12.6 %, si riscontrano essenzialmente i segni della paralisi spinale spastica, nel secondo invece si hanno disturbi simili a quelli della tabe, quali abolizione dei riflessi tendinei, atassia, sintoma di ROMBERG, paralisi della vescica e del retto, più raramente anche senso di pressione a ciutura, dolori lancinanti e crisi dolorose. FÜRSTNER rimette in questo gruppo il 24 %, TORKEL il 16 % dei casi. Tra questi l'ultimo autore ne ritrovò il 6 % in cui si giunse realmente ad una tabe conclamata; HIRSCHL riscontrò l'8, 5 % di questi casi. La tabe precede di regola da lungo tempo l'esplosione della paralisi progressiva, anche più di un decennio (tabe ascendente o tabe-paralisi). Nei $^2/_3$ - $^3/_4$ dei casi le manifestazioni spastiche e dei cordoni posteriori si associano nel modo più diverso. La rigidità pupillare, la cui causa si è attribuita spesso ad una lesione dei cordoni posteriori del midollo cervicale, e l'atrofia dei nervi ottici, sembra che avvengano di preferenza nei casi in cui sono colpiti più gravemente i cordoni posteriori.

Col progredire della malattia gli infermi sono obbligati continuamente al letto, per lo più con contratture più o meno pronunciate e con una atrofia generale a volte molto grave, la quale però non è accompagnata da reazione elettrica degenerativa, bensì da una diminuzione della eccitabilità elettrica. Specialmente accentuata suole essere la positura della testa spinta in avanti, la quale non riposa sulla base, ma, esistendo una forte tensione dei muscoli del collo, viene di continuo portata in avanti. Non raramente si possono in quest'ultimo periodo della malattia osservare contrazioni più o meno gravi in alcuni gruppi muscolari convulsivamente tesi, specialmente nei movimenti sia attivi che passivi, ma anche nella più completa quiete. Io ho osservato una volta paralisi incrociata del radiale e del peroneo, senza dubbio di origine neuritica; MOLI ha descritto molti casi analoghi. In questi

(1) GAUPP, *Über die spinalen Symptome der progressiven Paralyse* 1898; TORKEL, *Besteht eine gesetzmässige Verschiedenheit in Verlaufsart und Dauer d. progressiven Paralyse nach d. Charakter d. begleitenden Rmuffektion? Diss. Marburg*, 1903.

(2) SCHÄFER. *Allgem. Zeitschr f. Psych. LIX*, 84.

disturbi rientrano anche le rare atrofie muscolari circoscritte; vennero però riferiti anche alcuni casi in cui si riscontrò siringomielia.

Sulla pressione del liquido cefalo-rachidiano hanno portato luce le esperienze di SCHÄFER (2). Egli vide arrivare in 25 paralitici la pressione circa a 182 mm. in posizione laterale, nei $^2/_3$ dei casi oscillava tra 150 e i 380 mm. Ciò significa, in confronto alla normale pressione di 40-70 mm., un considerevole aumento, come del resto fu osservato anche in alcune altre forme morbose; poco tempo dopo l'attacco in due casi cadde da 200-270 mm., rispettivamente a 60-80 mm. SCHÄFER riscontrò aumentata considerevolmente l'albumina nel liquido cerebro-spinale; in media 1,23 $^0/_{00}$, oscillando tra 0,75 e 3,5 $^0/_{00}$ di fronte alla norma di 0,2-0,5 $^0/_{00}$. Secondo le ricerche di GUILLAIN e PARANT si tratterebbe in parte di aumento di sierina, mentre nei normali si riscontra solo la globulina che precipita col solfato di magnesia. L'esame microscopico dimostra in questi casi, come nella tabe e in altre malattie che ledono le meningi cerebrali e spinali, un aumento più o meno accentuato di linfociti. La figura 23 dà una buona idea di ciò che diciamo. Di circa 4-5 cmc. di liquido cerebro-spinale messo nelle provette della centrifuga di RUNNE per 30 minuti, tolto quindi nel modo più accurato il liquido per decantazione, si aspira il sedimento con un finissimo tubo capillare, si porta sopra un finissimo vetro copri-oggetti, badando, se le prove debbono essere paragonate, di non ricoprire col sedimento più di 5 mm. di diametro del vetrino. Il preparato si fissa con alcool ed etere e viene colorato con bleu di metilene policromo. Si esamina con un microscopio Zeiss 2 di immersione omogenea, apertura 1,30, oculare di proiezione 2, a distanza di 40 cm. (ingrandimento 1000) e impiccolito di $^1/_4$. All'esame si riconoscono una quantità di leucociti e di linfociti con forme alterate dalla fissazione, mentre un preparato normale di comparazione dimostra al massimo 3 o 4 di simili cellule.

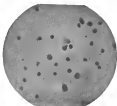



Fig. 23. — Reperto citoscopico nella paralisi progressiva.

La *eccitabilità riflessa* generale è in questi infermi di solito aumentata, a volte così fortemente da far sì che un brusco movimento fatto avanti al viso dell'infermo ha per conseguenza uno scossone per tutto il corpo. L'esame dei *riflessi tendinei* è spesso difficilissimo perchè gli infermi non rilasciano affatto i muscoli, solo in alcuni casi si ha ipo-

tonia. Se finalmente riesce con l'aiuto dei noti artifici (distrazione psichica, procedimento di JENDRASSIK) di giungere allo scopo, allora i riflessi tendinei, secondo la sede della lesione nel midollo spinale, si trovano ora fortemente aumentati sicchè si può avere clono del piede e crampo riflesso saltatorio (nell'appoggiare le dita dei piedi sul suolo), ora invece fortemente diminuiti o completamente aboliti (nel 20-30 % dei casi avanzati). Non raramente si vedono diminuire i riflessi che dapprincipio erano aumentati, o anche spesso si hanno variazioni nell'intensità di essi. Nel 18 % dei casi si riscontrano differenze tra le due parti (RACKE). La mancanza dei riflessi patellari sembra anche in tali casi vada unita assai frequentemente a rigidità riflessa pupillare e a miosi. Gli altri riflessi tendinei dei quali specialmente è notevole il riflesso achilleo si comportano per lo più analogamente al riflesso patellare. Anche i riflessi cremasterico e faringeo sembra che presentino analoghe modificazioni secondo le osservazioni di MARANDON DE MONTYEL. Il riflesso di BABINSKI fu riscontrato spesso quando prevalevano fenomeni spastici.

Da parte della vescica, anche all'infuori degli attacchi, esistono spesso disturbi tanto di paralisi del costrittore quanto del detrusore, la prima per lo più quale conseguenza della seconda (iscuria paradossa). La paresi rettale può condurre a grave stasi fecale; d'altra parte in tutti i casi avanzati si ha completa incapacità a ritenere le feci, in parte forse per la paralisi degli sfinteri, ma specialmente perchè il malato non si accorge dell'imminente svuotamento come non si accorge del sovrariempimento della vescica fino all' ombelico. La potenzialità sessuale scompare dopo che dapprincipio la eccitabilità sessuale è talvolta aumentata. MARANDON DE MONTYEL riscontrò nei suoi paralitici, nel 79 %, completa impotenza, nel 15 % aumento della capacità sessuale.

Tra i *disturbi vasomotori* sono da ricordare sopratutto frequenti ondate di sangue alla testa, eritemi, dermografia persistente e anche manifestazioni di orticaria in seguito a lievi irritazioni, e cianosi. In qualche caso si riscontra tendenza a estese emorragie cutanee in seguito a lievi traumi. La curva sfigmografica dimostra spesso un lento elevamento e abbassamento (forma del polso « tardo »), fenomeni che si possono riportare ad una distensione lenta e poco valida delle pareti vasali. Le arterie visibili, specialmente le temporali, sono non raramente serpiginose, accentuatamente risaltanti e rigide, sintomi di perduta elasticità e di ispessimento della parete vasale. Con questi mutamenti vasali stanno senza dubbio in intimo rapporto anche i cosidetti disturbi

« trofici ». Esistono numerosi fenomeni concomitanti della paralisi, il cui insorgere è riguardato spesso come diretta conseguenza di degenerazione dei nervi trofici che regolano la nutrizione degli organi: questi sono la gangrena da compressione, le fratture delle costole, l'otoematoma e anche le polmoniti così frequenti, che forse debbono essere ascritte ad una partecipazione della innervazione del vago. Un merito incontestabile dal punto di vista scientifico, e anche più da quello pratico, è stato quello di Gudden, che ha dato la prova che tutti questi disturbi si sviluppano non per cause interne, ma *senza eccezione* in seguito all'azione di lesioni esterne.

Certo non si può a meno di ammettere quale causa coadiuvante una diminuzione nella generale capacità di resistenza dei tessuti paralitici, perchè in questi casi disturbi molto gravi si manifestano anche per irritazioni relativamonte piccole. L'insorgere della *gangrena da compressione* si spiega in primo luogo col fatto che gli infermi per la loro insensibilità non vengono stimolati come i sani ad un frequente cambiamento di posizione per lo sgradevole senso di pressione, o per lo meno non sono in grado, per la loro incapacità, di eseguire tali cambiamenti, sicchè essi rimangono in letto come fossero pezzi di legno. In tali condizioni anche dopo 1-2 ore, specialmente tenendo l'una sopra l'altra le gambe dimagrate o rimanendo seduti sul duro bordo di un cesso, si possono vedere sviluppare gravi arrossamenti, bolle e anche vesciche; mentre una sola notte passata senza sorveglianza è bastevole per dare origine ad una gangrena che si approfonda per parecchi centimetri. Inoltre negli infermi non puliti, poco resistenti, il terreno è molto adatto per lo sviluppo di malattie infettive cutanee, specialmente foruncoli. Finalmente si osserva a volte in paralitici molto deperiti l'insorgere di necrosi cutanee, caratteristicamente rotonde, superficiali, forse anche di origine infettiva, in regioni che non sono state esposte ad alcuna compressione. *Frattura delle costole e otoematoma* si manifestano nei paralitici relativamente spesso e a volte in grave estensione, perchè gli infermi sono inabili e nell'istesso tempo irrequieti e sopratutto incapaci a difendersi e a lamentarsi, sicchè sono abbandonati privi di aiuto ai maltrattamenti dei loro compagni. Certo però sono di grande importanza in questi casi le cause che favoriscono questi disturbi; disturbi nutritivi della cartilagine auricolare, straordinaria fragilità delle costole, i quali fatti abbastanza spesso riscontriamo sul cadavere. La causa per le lesioni ossee sembra dipenda da una atrofia del tessuto osseo che viene surrogato da grasso ed è una parziale manifestazione del disturbo trofico generale. Anche alla

poca mobilità delle costole, consecutiva alla diminuzione dei movimenti respiratori è stata attribuita una certa importanza. Però rimane indubbiamente il fatto che con un migliore personale di guardia e con maggiore sorveglianza è diminuito di molto il numero dei casi di fratture di costole e degli otoematomi.

Molto frequenti sono nella paralisi progressiva i disturbi della *termogenesi*. Aumenti fugaci di temperatura, spesso molto considerevoli, sono stati sovente osservati senza che si possa sempre riconoscere per tal fatto una causa apprezzabile. A volte una lavanda porta fuori una grande quantità di feci, la vescica è troppo ripiena, op-

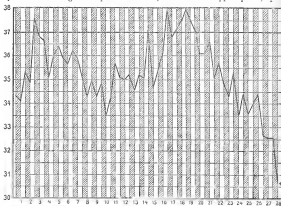



Fig. 24. — Ultimo periodo della paralisi progressiva. Stato di eccitazione accentuato; temperatura durevolmente sub normale, talvolta di tipo inverso

pure viene scoperta in qualche punto una frattura di costole. In altri casi ne sono causa leggieri attacchi bronchitici o polmonitici. Più raramente questi movimenti febbrili stanno in rapporto diretto con la malattia cerebrale. Invece un tale rapporto è verosimile negli aumenti di temperatura che sogliono accompagnare gli attacchi paralitici. Durando questi ultimi a lungo certamente si aggiungono di regola anche altre cause febbrili, specialmente polmoniti *ab ingestis*. Negli ultimi stadii della paralisi si manifestano non raramente abbassamenti persistenti considerevoli della temperatura che vengono sopportati assai

bene dagli infermi. Un esempio viene dato dalla figura 24 che rappresenta il decorso della temperatura del corpo durante le ultime 4 settimane di vita di un paralitico agitato, il quale manifestava vivaci idee di grandezza. Solo alcune rare volte la temperatura si sollevò al disopra di 37°; in generale la temperatura oscillò tra 34-35°, cadde però finalmente anche in vita a 30,8°; più spesso aumentava la notte per abbassarsi di nuovo durante il giorno. Il peso del corpo, malgrado l'abbondante nutrimento, decadde con oscillazioni in questo periodo, ma non troppo rapidamente.

Delle altre funzioni dell'organismo sono specialmente il *sonno, l'appetito* o il *peso del corpo* che nella paralisi sono insieme colpiti. Il sonno nel primo stadio della malattia è spesso molto disturbato, in seguito negli stati di agitazione è spesso del tutto scomparso, mentre nel periodo terminale della malattia sembra migliori di nuovo, benchè allora nello stato crepuscolare della demenza non sia possibile dare un giusto giudizio su questo punto. In alcuni infermi si sviluppa una vera malattia del sonno, sicchè essi veramente sono svegli solo quando mangiano o quando ci si occupa di loro, mentre appena non sono più stimolati cominciano subito di nuovo a dormire. L'appetito suole essere diminuito all'inizio della malattia e negli stati di eccitamento, in seguito si ha d'ordinario una vera voracità; talvolta è stata osservata la ruminazione.

Il peso del corpo si abbassa all'inizio e all'acme della malattia, in seguito però, quando esiste un lungo periodo di tranquillità si accumula in modo considerevole il grasso sottocutaneo, sicchè il peso sorpassa allora la norma, per poi, verso la fine della malattia, diminuire senza tregua fino al più profondo marasma. La curva riportata nella fig. 25 dimostra una parte del decorso del peso. Essa comincia con un grave abbassamento corrispondente all'eccitamento iniziale, si ha poi un rapidissimo salire della curva che è interrotto solo di tempo in tempo da piccoli abbassamenti, i quali, come è indicato dalle piccole stelle, sono accompagnati quasi sempre da attacchi paralitici. Dopo più di 2 anni comincia un lento abbassamento che si fa sempre più accentuato; l'inferma morì in seguito ad un attacco dopo un soggiorno di 4 anni e mezzo nella Clinica. La figura 26 mostra il decorso del peso del corpo in un infermo che presentava fenomeni morbosi a carico dei cordoni posteriori; egli durante la sua prima degenza nel Manicomio presentò un violentissimo stato di agitazione con idee di grandezza, in seguito per molti anni fu capace di compiere bene il suo dovere di impiegato e ritornò alla Clinica solo dopo 5 anni dopo aver subìto vari attacchi parali-

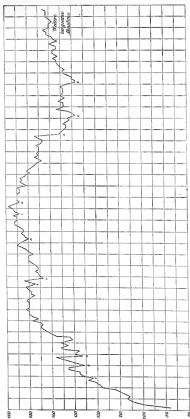



Fig. 25. — Demenza paralitica con stato iniziale di eccitamento, in seguito demenza. Numerosi attacchi (X).

tici e questa volta in uno stato di depressione. Malgrado ciò il decorso del peso corporeo mostra in modo strano una oscillazione analoga a quella della prima degenza nel Manicomio. Anche la seconda volta si manifestò ben presto un miglioramento del quadro morboso psichico insieme ad un accentuato aumento del peso del corpo, ma l'infermo dopo poche settimane dacchè era stato dimesso tornò da noi dopo un grave tentativo di suicidio.

Se tutti questi disturbi ora accennati indicano un decorso di profondi mutamenti del ricambio materiale nella paralisi progressiva, tutti i reperti, disgraziatamente fino ad ora poco tenuti in considerazione di, al-

(*) Maggio-Agosto 1898 (**) Gennaio-Aprile 1903 (***) Maggio-Giugno 1903

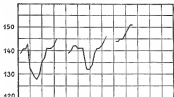



Fig. 26. — Peso del corpo in una paralisi progressiva con remissione di circa 5 anni. Al primo ingresso delirio acuto, le altre due volte stato di depressione.

bumina e di altri elementi patologici nelle *urine* (glicosuria, diabete), dovrebbero avere il medesimo significato di manifestazioni parziali del generale processo morboso. Nel *sangue* dei paralitici, specialmente negli stati di eccitamento e negli ultimi periodi della malattia, si è riscontrata una diminuzione dei globuli rossi e del tasso emoglobinico, diminuzione dei linfociti e aumento dei leucociti; poco tempo prima degli attacchi paralitici si riscontrerebbe aumento dell'omoglobina e dei globuli rossi, in seguito una fugace, accentuata leucocitosi. Agostini ha dimostrato la diminuzione della isotonia del sangue, d'Abundo la aumentata tossicita del sangue stesso. Recentemente Idelsohn (1) ha compiuti esatti esami sulle proprietà battericide del sangue dei paralitici. Egli riscontrò in circa la metà dei casi la completa mancanza di detta proprietà che nei soggetti di confronto mancò solo nel 4 %, mentre ancora in un altro quarto di questi ultimi soggetti riscontrò una forte diminuzione di quella proprietà.

(1) Idelsohn, *Archiv f. Psychiatrie XXXI*, 640.

La diversità dei quadri morbosi, i quali si individualizzano specialmente per i singoli disturbi qui descritti, è tanto grande, che sembra appena possibile dare un riassunto approssimativamente soddisfacente delle forme cliniche della paralisi progressiva. Se anche riscontriamo in tutti i casi il fondamento comune della caratteristica debolezza psichica, i segni cioè della malattia cerebrale organica e infine il decorso senza tregua progressivo fino alla distruzione della vita psichica e somatica, pure le singole osservazioni possono, per il loro sviluppo e per il loro insieme essere così differenti l'una dall'altra che per il principiante la unità della malattia rimane completamente nascosta dai particolari contraddittori. Solo una grande esperienza ci insegna come tutte le forme cliniche apparentemente così diverse possono unirsi le une alle altre di punto in bianco e in modo inapprezzabile e che solo i tratti principali suddetti sono « la stella po'are nel caos delle manifestazioni ». In questa varietà appena distinguibile di quadri morbosi differenziare determinati modi di decorso cozza contro difficoltà molto difficili a vincere. Sebbene noi distinguiamo secondo l'uso quali forme principali della paralisi progressiva una *forma depressiva*, una *espansiva*, una *agitata* e una *demente*, non ci dovremo però illudere che un simile esterno raggruppamento secondo il quadro morboso rappresenti qualche cosa di più che una semplice facilitazione nella descrizione della malattia. Forse in seguito una migliore conoscenza delle cause o delle alterazioni anatomo-patologiche della malattia sotto nuovi punti di vista ci insegnerà a raggiungere un aggruppamento più sicuro delle forme cliniche, ricorderemo in seguito i tentativi fatti in questo senso.

La **forma depressiva** della paralisi progressiva è caratterizzata *da un tono sentimentale depresso e da idee deliranti* che accompagnano tutto il processo morboso fino alla completa demenza. Il tono sentimentale triste ha spesso il suo punto di partenza dal senso di malattia che si manifesta nello stadio iniziale, il quale del resto presenta i sintomi generali già prima descritti di una progressiva debolezza della memoria e dell'intelligenza, di una aumentata eccitabilità, insieme a ottundimento emotivo e a incapacità volitiva. Sono quindi principalmente le *idee ipocondriache* con cui si esprime la depressione degli infermi. Essi sono malati inguaribili, sifilitici, internamente putrefatti, hanno avvertito come se un pezzo di veleno fosse stato ficcato nella loro testa; si sono manifestate laterazioni dei vasi perchè antecedentemente furono loro applicate sanguisughe, le ossa craniche sono divenute molli, da una parte il cra-

nio è rigonfio, il cervello è prosciugato « come fosse una palude », nel pensare i nervi sono irritati. Per lo più esistono in diverse parti del corpo varie sgradevoli sensazioni le quali spesso cambiano e che possono anche essere influenzate da suggestione. Gli infermi consultano perciò il medico per diversi dolori subbiettivi che vengono dichiarati, in mancanza o per non curanza di un esame obbiettivo, quali fenomeni nevrastenici, isterici, ipocondriaci.

I lamenti degli infermi acquistano sempre più un contenuto completamente insensato. Essi dicono di non aver più naso, occhi, fegato, reni, di avere due corpi, lo stomaco staccato, la gola, l'intestino chiusi, cuciti, tappati con turaccioli, sicchè non possono nè mangiare, nè defecare. Il cranio è vuoto, la testa è bruciata; gli intestini sono putrefatti, riempiti di vermi. Lo stomaco e anche il materasso sono riempiti di urina, il cibo ingerito sale alla testa o cade addirittura giù in fondo al corpo e così viene espulso; i polmoni sono scomparsi; le gambe sono di ghiaccio, tutto esce dalla bocca come saliva. Nel ventre si sente la musica; tutto è ripieno di cattivo odore. La testa è impiccolita, cambiata o perduta, la lingua gelata, il ventre rigonfio. Le braccia e le gambe si sono smisuratamente ingrandite; le costole sono enormi, le orecchie di legno, la lingua d'oro; in un fianco vi sono 3000 marchi; 50 chg. di pietre pesano sul petto. Tutto l'individuo e raddoppiato, quadrato, trasformato in un cavallo, invisibile, già morto, « da lungo tempo non esiste più », è stato sotterrato, e un « cadavere vivente », non ha più nome. Tutte queste rappresentazioni « micromaniache » gettano l'infermo in un grave malessere, e benchè per lo più esse non vengano elaborate più oltre pure sono in grado di influenzare spesso per lungo tempo la sua condotta. Egli si affatica in tutti i modi per settimane intere a far passare qualche cosa attraverso la sua gola chiusa, è affaccendato senza tregua con la lingua, con l'ano, coi genitali, rimane per diverse ore ogni giorno al cesso in disperata attesa di ciò che deve avvenire; evita ansiosamente ogni mutamento di posizione, perchè non può muovere le sue immense mani, oppure perchè le sue gambe da nano si spezzerebbero sotto il grave peso della « testa di Kikiriki ».

A queste rappresentazioni ipocondriache vanno unite talvolta *idee di peccato;* più raramente queste ultime dominano da sole il quadro morboso. Dapprincipio gli autorimproveri possono ricordare completamente quelli dei melanconici. Gli infermi sono grandi peccatori e delinquenti, si lamentano di non avere più nè cuore, nè amore, di non avere compiuto un voto, di aver vissuto impudicamente, di avere molto rubato. Altri

credono di avere giurato il falso, di aver rattristato lo Spirito Santo, tradito la patria, di aver ucciso e rovinato tutto il mondo; « tutto il mondo lo sa »; « si attribuiscono ad essi dei delitti ». Una delle mie inferme scrisse una lunga lettera all'arcivescovo nella quale riferì esattamente le diverse lussurie delle quali si era resa colpevole. Insieme con l'idee di peccato l'infermo teme di solito che la polizia venga a prenderlo per appiccarlo, per avvelenarlo, per bruciarlo, per metterlo dentro un sacco, per scorticarlo; egli desidera di essere condotto innanzi al tribunale, di essere fatto a pezzi, di essere arrostito nel forno, di essere squartato da tre buoi; nelle persone che lo circondano vede spie e sicarii. Un infermo andò al cimitero per scegliersi la tomba.

Queste e analoghe *idee di persecuzione* possono costituire anche l'unico contenuto del delirio depressivo e per lo più sono accompagnate da allucinazioni uditive. L'infermo ode piangere i suoi cari, li ode chiamare aiuto; Dio parla a lui. Sente voci che lo minacciano, lo ingiuriano, lo incolpano dei più orribili delitti. Egli deve aver rubato, deve avere avuto contatti sessuali con animali, è stato stregato, è all'inferno, è divenuto poverissimo. Si vuole ucciderlo insieme ai suoi poveri bambini, gli si deve spaccare il ventre; egli deve essere trasportato subito innanzi ad un tribunale militare. Più raro sono le allucinazioni degli altri sensi. L'infermo vede in aria serpenti di fuoco, leoni, figure bianche; le manifestazioni luminose dovute all'incipiente atrofia del nervo ottico sono scambiate per tentativi artificiali per ingannarlo; nel cibo vi è veleno, insetti, carne umana. Il letto brucia come fuoco, viene attraversato da correnti elettriche; tutto è morto; tutto il mondo va in rovina, senza posa vengono intrecciati terribili delitti; viene scassinata la porta, viene appiccato il fuoco alla casa. Un qualsiasi rumore nella camera vicina avverte l'infermo della presenza dei briganti che subito dopo si getteranno sopra di lui. Uno degli infermi da me osservato, nella sua paura aveva spezzato tutto ciò che aveva in camera, ed era a un pelo per uccidere sua moglie credendola un ladro, quando si potè liberarla dalle sue furie.

In queste ultime forme depressive della paralisi progressiva la *coscienza* suole essere considerevolmente offuscata. Gli infermi perdono per lo più rapidamente la capacità di percepire la loro condizione e il loro ambiente, divengono spesso affatto disorientati, confusi, scambiano le persone, riportano a se stessi, nel senso delle loro ansia, ogni espressione e ogni avvenimento che succede nel loro ambiente, sicchè sono durevolmente assorbiti da confusi quadri spaventosi. Essi sono colpevoli di tutto, debbono fare penitenza per

tutti, eccitano gli altri, tolgono il cibo a tutti. Tutto è cambiato e turbina confusamente. Gli infermi pregano, chiedono, invocano grazie, sono estremamente paurosi e diffidenti, si grattano, si stirano le dita, si rodono le unghie, si nascondono, girano mezzo nudi. Alcuni infermi cadono nella disperazione più grande, si rivoltano ad ogni rumore con espressione di spavento nell'attesa di essere colpiti da qualche cosa di orribile; gridano senza tregua con tutta la forza le medesime incoerenti parole: « veleno », « disgrazia », « morire » ecc. o, rimanendo in rigida tensione, non sono capaci di pronunciare sillaba. Completamente incapaci a risolversi rimangono perplessi, seduti in camicia, o avanti al loro cibo senza poter prendere la risoluzione di vestirsi o di mangiare. Finalmente non si arrischiano più ad uscire dalla loro camera e nemmeno dal letto nel quale rimangono tremanti e sudanti per tutto il corpo, con la coperta tirata sul capo per opporre una resistenza cieca, incosciente ad ogni esteriore intervento. Con nessun mezzo suggestivo si riesce a indurli alle più semplici regole di vita, sicchè il mettere gli infermi a letto, il farli alzare, il vestirli, lo spogliarli si può compiere solo dopo una lotta disperata.

Non raramente si hanno gravissimi tentativi di suicidio o di automutilazione, ma per lo più sono insensati e senza riflessione; io ho visto più volte tentativi di recisione dello scroto o del pene. Altri ingbiottiscono, per uccidersi, grossi oggetti; io trovai così nell'intestino di uno di questi infermi un grosso bocchino di ciliegia e due viti lunghe parecchi centimetri.

La durata di questi stati ansiosi è di ore e settimane. Non raramente la tensione ansiosa scompare rapidamente per riapparire eguale tutto ad un tratto. Del resto gli infermi sono depressi e di cattivo umore, ma tranquilli, spesso anche straordinariamente indifferenti, in contrasto con le idee da essi espresse. Sopratutto manca all'eccitamento emotivo la costanza e l'unità. A volte in modo transitorio si manifestano periodi a tono sentimentalo aumentato e anche addirittura felice. Ii notte si può avere un benessere celestiale; l'infermo racconta sorridendo che si avvicina la fine. Nel successivo decorso con la progressiva debolezza mentale si ha spesso uno stato di fatuo benessere con puerili idee di grandezza. L'infermo è già immensamente vecchio; negli armadi della biancheria vi è racchiuso oro puro.

Non molto raramente osserviamo nel decorso della paralisi progressiva *stati stuporosi* di lunga durata. Gli infermi non parlano spontaneamente, nè a domanda, giacciono immobili senza prestare alcun interesse all'ambiente, non mangiano, divengono sudici. A

insistenti comandi rispondono con esecuzione lenta e esitante, a volte per niente. Il tono sentimentale è per lo più abbastanza indifferente, ma spesso anche un po' ansioso o scoraggiato. La percezione e l'orientamento sogliono essere molto incompleti, ma ritornano di regola quando i malati non parlano ancora o solo bisbigliano alcune parole. Idee deliranti e disturbi psico-sensoriali possono essere presenti o anche mancare. La durata di questi stati, che si possono collocare tra gli stati di incipiente depressione, ma talora anche tra quelli di eccitamento, è talvolta di molti mesi.

In un piccolo gruppo di casi si riscontrano nei paralitici gli stati morbosi con idee di persecuzione mantenute per più lungo tempo, specialmente il delirio di influenzamento somatico dovuto ad elettricità, a specchi, a veleni. Veramente la successiva osservazione di una serie di questi infermi, che dapprincipio sembravano rappresentare il quadro della paralisi progressiva, mi ha dimostrato che in verità si tratta di altre forme, specialmente di forme luetiche di malattie cerebrali. Gli altri casi appartengono di preferenza a quelli di paralisi progressiva con precedenti tabetici. Se, e fino a qual punto questi caratteristici quadri morbosi debbano essere attribuiti alla paralisi progressiva rimane ancora a vedere.

Alla forma depressiva appartiene secondo le mie osservazioni circa $^1/_4$ di casi di paralisi progressiva. Essa preferisce più che le altre forme l'età avanzata; solo il 36 $^0/_0$ degli infermi non avevano ancora, all'inizio della malattia, sorpassato il 40° anno. Forse possiamo qui sopratutto ricordare la tendenza che ha l'età di involuzione per gli stati depressivi, tanto più che nei nostri infermi riscontriamo molto frequentemente i segni di una precoce senilità. A tal modo di vedere corrisponderebbe l'altra circostanza che a questi casi sembra parteciparvi in modo accentuato il sesso femminile (33 $^0/_0$); il quale fornisce del pari il maggior numero delle melanconie dell'età involutiva. Le remissioni sono in questa forma relativamento rare (circa nel 12 $^0/_0$ dei casi); gli attacchi paralitici comparvero secondo la mia osservazione circa nel quarto degli infermi. Aggiungiamo che la durata della malattia non suole oltrepassare, nel 70 $^0/_0$ dei casi, i 2 anni; quindi si deve giungere alla conclusione che la forma depressiva della paralisi progressiva deve essere riguardata come una delle più gravi forme della malattia. La morte si ha a volte per suicidio o in seguito a ferite, più frequentemente per esaurimento o in seguito ad attacchi paralitici.

La **forma espansiva** della paralisi progressiva si inizia per lo

più con i segni comuni della incipiente malattia: diminuzione della capacità al lavoro, distrazioni, debolezza mnemonica, cambiamento di carattere, eccitabilità; a ciò si possono aggiungere forse alcune manifestazioni somatiche, quali dolore di testa, difficoltà di parola, attacchi di vertigine. Talvolta dopo questi prodromi si sviluppa dapprincipio il quadro della forma depressiva con idee di persecuzione e con stati ansiosi. Più frequentemente però risalta fin dapprincipio un eccitamento gaio con florido delirio di grandezza, benchè non siano affatto rari attacchi ipocondriaci, insieme a transitorie depressioni lamentose.

Il successivo sviluppo della malattia è di regola graduale, più raramente del tutto improvviso nel termine di pochi giorni. I sintomi depressivi e il senso della malattia si perdono; l'infermo diviene accessibile, gaio, ciarliero, ma per la mancanza di una chiara coscienza del suo stato e della sua condizione, per la strana mancanza di critica e per la sua insensatezza dimostra chiaramente che non si tratta di un miglioramento, ma solo di un cambiamento dello stato morboso.

Molto rapidamente sopravviene il caratteristico *delirio di grandezza*, la « megalomania », che sopra ogni altro sintoma ha fatto distinguere il quadro morboso clinico della demenza paralitica (« paralisi progressiva classica ») e anche ha dato il nome popolare a tutta la malattia. Il contenuto di questo delirio abbraccia tutti i rapporti dell'infermo, le sue facoltà psichiche e somatiche, le sue conoscenze, la sua posizione nel mondo, i suoi possedimenti, il suo avvenire. Dapprincipio le idee di grandezza si mantengono forse ancora nel campo del raggiungibile e del possibile e fanno l'impressione di vanterie puerilmente inopportune. L'infermo si sente vigoroso come non è mai stato, si è conservato giovane in modo sorprendente, e istruitissimo, conosce molte lingue straniere che per il momento, per la mancanza dei denti non può parlare, ha delle bellissime figlie. Compone eccellenti poesie, ha una voce magnifica, una grande attività sessuale, ha alte parentele, progetti grandiosi, frequenta solo persone altolocate, è molto stimato, può prendersi ogni giorno splendidi divertimenti, gode la speciale fiducia dell'imperatore. Il suo negozio va splendidamente e gli dà molti guadagni; egli vuole ingrandirlo molto, mettere ovunque filiali, guadagnare il maggior premio, fare importanti invenzioni, tenere discorsi pubblici, scrivere un libro che lo deve mettere in vista e rendergli somme considerevoli; egli si deve costruire un castello, deve intraprendere grandi viaggi, diventare deputato, tenere discorsi famosi e senza dubbio essere chiamato in breve a far parte del ministero; ha in vista una immensa eredità. Nella scuola,

all'università ha meravigliato i suoi maestri per le sue impareggiabili disposizioni, ha vinto molti premi, è maestro di tutte le arti cavalleresche, è il beniamino delle donne; in guerra ha eseguito meraviglie di valore, ha spesso determinato la vittoria col suo personale intervento, ha partecipato nei suoi grandi viaggi a fatti sorprendenti, è stato spesso in pericolo di vita, ma si è sempre salvato con la sua straordinaria forza e con la sua grandissima intelligenza.

Già fin da ora però la considerevole debolezza psichica del malato risalta distintamente nella confusione contradittoria del suo delirio, nella sognante ingenuità con la quale fabbrica i suoi castelli in aria e nella mancanza di critica di fronte alle obbiezioni più semplici. Un povero scrivano comunale mi raccontava trionfalmente come egli chiederebbe per ogni giorno della sua degenza nel manicomio 1000 rubli di indennità e quindi vivrebbe magnificamente col danaro ricevuto. Altri si inebriano nel piano di vendere le merce ricavando il 50 % di guadagno, oppure acquistando tutti i numeri di una lotteria, sicchè la maggior vincita non potrà loro sfuggire. Una buona idea dei processi ideativi esaltati di simili malati è data dal seguente scritto:

« O Dio, O Dio io ho tante idee, ogni secondo un idea, io diventerò pazzo — mia povera testa! io sono il più grande genio che abbia mai esistito e sono qui nel manicomio; io povero diavolo sono capace di tutto, lasciatemi tornare dalla mia povera moglie. Io son ufficiale; voi non potete trattenermi; io ho fatto la guerra; dovrei essere veramente nello stato maggiore, ma non ho voluto. Io regalo le mie migliori idee: mi sta a cuore la filosofia e la letteratura; non posso utilizzare tutte le mie patenti; ogni quarto d'ora invento qualche cosa di nuovo. Vuole ella comperare una carrozza signor Dottore? Io sono il migliore conoscitore di cavalli e le regalo due magnifici cavalli bai; le fabbrico la bicicletta più bella che esista in Europa; le sarò grato eternamente; ella è il mio salvatore, il mio redentore; salvando me salva un genio per il mondo. Mi guarisca e per gratitudine le bacerò le scarpe! Dio mio aiutatemi, salvatemi da questa casa di pazzi; disperdete tutta questa gente che mi tortura. Che manicomio orribile; l'architetto non ha capito niente! Veda signor Dottore io voglio insegnare come deve cambiarlo. Il manicomio è troppo acustico; si debbono mettere tappezzerie di feltro; i malati di mente non si debbono lasciar fare ciò che vogliono; deve esservi una severa disciplina. È meglio che sgombrino tutta la baracca; ne facciano una caserma per i soldati. Il manicomio lo trasformeremo in un castello, io lo ricostruirò; perchè sono orientato sulla importanza storica. Noi faremo degli scavi come quelli di Schliemann — oh Dio si chiama veramente Schliemann? io perdo la memoria, sono delirante; sono pazzo; mi dia dell'acido prussico così creperò; io desidero morire. Mi lasci andar via, mi faccia mettere le manette e mi lasci portar da un commissario di polizia nella mia patria; io non posso passare la mia vita in un manicomio; che diventerà la scienza tedesca delle Università tedesche! Io sono un genio come ella deve accorgersi; parlo pure francese — sono quindi pazzo? ma fu una fortuna che io sia venuto al manicomio: debbo declamarle il Faust? ecc. ».

Di regola l'insensatezza e la stranezza dei delirii di grandezza aumenta in modo rapido e senza tregua. L'infermo crede di avere una grandissima forza fisica, di poter sollevare 10 elefanti: è il più bello Adone del mondo, dorme come « 1000 in una notte », pesa 4 quintali, ogni settimana aumenta 12 chili, ha un petto ferreo, in un minuto fa 1000 miglia, può volare; la sua orina è vino del Reno, i suoi escrementi sono d'oro. Conosce tutte le scienze, è professore di tutte le materie, recita come Dio, parla tutte le lingue del mondo, discorre con Dio, beve giornalmente 100 bottiglie di Champagne, ogni pomeriggio celebra nozze alle quali sono invitati tutti i principi, procrea solo principi imperiali, ha una moglie d'oro. Egli può soddisfare 1000 donne, può curare tutte le malattie, può risuscitare i morti, ha un cervello di ferro, non morrà mai, inoltre è conte, principe, « imperatore, Dio e Rothschild », « Ercole, milionario e palombaro », è stato eletto all'unanimità imperatore, « è della natura più elevata », è più di Dio, « è la propria nonna elevata al cubo », possiede le più alte decorazioni, ha biancheria di seta celeste, montagne d'oro, una fortuna immensa, milioni di miliardi, estesissime terre per cacciare, innumerevoli mandrie di bestiame entro stallo di marmo, ha 100000 bastimenti ciascuno largo e lungo 100 piedi con 10000 eliche elettriche; ha regni, parti del mondo, tutto l'universo. Egli è nato in cielo, è figlio di Venere, è morto e resuscitato, ha compiuto grandi viaggi, è stato in America, Gerusalemme e Kamerum dappertutto sul suo bastimento da guerra, è divenuto palafreniere con 1000 marchi di stipendio, sposerà l'imperatrice, darà a ciascuno degli infermi un milione, al medico darà un milione di stipendio « e il nutrimento », costruirà un ponte sull'Oceano per giungere alle Indie, fabbricherà in un giardino lungo 10000 miglia una torre con tetto d'oro, con teatro e con un circo: egli inventerà una macchina per volare e volerà intorno all'universo, scaverà un buco nella terra per giungere alla California, ecc.

Per lo più le condizioni e gli interessi personali si manifestano in queste idee, ma sempre cambiate insensatamente. Le donne vantano la loro bellezza, le loro gioie, il loro fazzoletto d'oro tempestato di diamanti, i loro numerosi e bellissimi figliuoli dei quali partoriscono due o più al giorno, scelgono il proprio marito tra i più alti dignitari. E da notare che in generale le idee di grandezza delle donne affette da paralisi progressiva si mantengono in limiti più modesti e non sorpassano di molto il possibile, come accade di quelle degli uomini.

La *coscienza* degli infermi è per lo più, durante i delirii di grandezza, solo lievemente offuscata. L'ambiente viene dagli infermi per-

cepito e compreso solo incompletamente e frammentariamente. Non sono in grado di darsi un chiaro conto riguardo al tempo, al luogo e alle circostanze, come con un esame esatto suole ben presto mettersi in evidenza. I fatti reali importano a loro poco, essi sono invece completamente occupati dalle loro sognanti rappresentazioni di felicità e dai loro castelli in aria. Il rapporto tra i loro processi ideativi è di solito molto lasso e può essere guidato facilmente da influenze esterne. Sotto l'impressione del momento le idee più diverse si sviluppano l'una dall' altra in variopinta serie senza che siano elaborate, piene delle più evidenti contraddizioni. Più di rado gli elementi del delirio sono mantenuti per un tempo più lungo, per lo più tutto viene ben presto dimenticato e ricacciato da nuove impressioni. D'ordinario si riesce con la suggestione a spingere l'infermo ad estendere e abbellire maggiormente le sue idee di grandezza sino ad avvenimenti favolosi e a stravagantissimi progetti. Spesso esiste, come nell'esempio riportato, una spiccata fuga di idee; specialmente negli scritti, nella enumerazione dei loro desideri, nelle richieste e nei progetti dei malati la fuga delle idee risulta distintamente quale parziale manifestazione dell'aumentata distraibilità. In alcuni casi si presentano transitorie allucinazioni visive o uditive, ma queste sogliono rappresentare solo una piccolissima parte del quadro morboso. Uno dei miei infermi, un artista, all'inizio della malattia sentì con tutti i particolari come una sua allieva avesse nella camera vicina rapporti sessuali.

L'*umore* degli infermi, in relazione al contenuto del loro delirio, è gaio, giocondo, pieno di sè e ricco di speranze. Spesso aumenta fino ad una felicità esagerata, raggiante. L'infermo ringrazia il cielo con calde lagrime di gioia perchè gli è stato destinato tale immenso diletto. Desidererebbe abbracciare e rendere felice tutto il mondo come egli è felice, per il fatto che il suo destino è indescrivibilmente magnifico. Tutto ciò che lo circonda è perfetto e delizioso; il suo nutrimento, il suo alloggio, i suoi vestiti sono degni di un re, i suoi conoscenti e amici sono uomini esemplari, nobili, istruitissimi, i suoi figliuoli sono esempio di educazione e di intelligenza. In qualche caso però l'umore elevato è attraversato da lievi accenni di un sordo senso di malattia, l'infermo confessa di essere un po' nervoso, di aver bisogno di riposo; vengono osservati anche alcuni sintomi ipocondriaci, i malati si lamentano di non aver più cervello, di avere il sangue disseccato. Anche questo cambiamento del tono sentimentale è ben riconoscibile nello scritto su riportato.

D'altra parte però esiste spessso anche una estrema irritabilità. Specialmente l'esprimere dubbi o contraddizioni sulle sue idee di grandezza portano facilmente l'infermo a scoppi di ira violenti, ma transitori; tanto più quando egli non sa al momento rispondere alle obbiezioni. Anche verso gli altri malati diventa a volte brutale senza alcun riguardo, perchè non ha la minima coscienza del loro stato, ma li dichiara senz'altro sfacciati, imbroglioni e completamente normali. Egli minaccia di far sparare su tutti la sua artiglieria, di fare incatenare tutti, di farli « bastonare con fruste ferrate, da 100 negri ». Non raramente si osserva un subitaneo cambiamento dell'umore in profonda depressione, oppure in vivace ansia, con pianto convulsivo e con alcune idee ipocondriache o persecutive. Veramente simili cambiamenti non sogliono durare più di alcune ore o di alcuni giorni: più di rado costituiscono più lunghi periodi del decorso morboso.

Nel campo *psico-motorio* si manifesta quasi sempre nell'infermo un certo *eccitamento*, che in alcuni casi può raggiungere gradi considerevoli. L'infermo irrequieto, affaccendato, intraprendente, gira senza scopo, fa relazione con tutti, invita in sua casa ogni genere di persone, ha contegno altezzoso, chiassoso, parla molto e ad alta voce, scrive una quantità di lettere, litica facilmente, si dà a bere, a fumare, a prendore tabacco in modo esagerato, si abbandona ad eccessi sessuali. Contemporaneamente comincia a voler realizzare i suoi grandi progetti, che si svolgono in lui per il senso della illimitata sua capacità ad occuparsi e alla sua vivace energia. Senza alcuna riflessione inizia le imprese più svariate che non solo sorpassano la sua intelligenza e i suoi mezzi, ma molto presto vanno oltre il limite del possibile. Veramente d'ordinario tutto si arresta dopo alcuni atti iniziali insensati, perchè una nuova idea caccia rapidamente l'antecedente. L'infermo ingrandisce tutto ad un tratto il suo commercio, comincia a fabbricare, conclude un matrimonio del tutto inadatto o sollecita il suo divorzio per ammogliarsi più nobilmente, annuncia tutto ad un tratto il suo fidanzamento con una qualunque ricca erede, telegrafa a sovrani per avere grandi decorazioni o titoli, fa grandiosi regali, compra tutto ciò che vede, e ordina una quantità infinita degli oggetti più svariati dei quali crede avere bisogno per eseguire i suoi piani. Uno dei miei infermi ricchissimo e dilettante di fotografie, spedì un telegramma con la preghiera di inviare a lui per suo uso 200.000 marchi di acido pirogallico. Altri studiano gli avvisi dei giornali e domandano tutto ciò che viene in questi offerto: pappagalli e cuoche, carrozze, case di campagna e offerte matrimoniali. In tal modo si spiega la straordinaria rapidità con

cui gli infermi dilapidano grandi somme, producendo così gravissimi e irreparabili danni a sè e alle loro famiglie.

Inoltre nella loro condotta eccitata e inconsiderata si può riconoscere distintamente quella diminuzione del sentimento morale che è caratteristico della malattia. Gli infermi non solo divengono trascurati nel loro esteriore, sudici e disordinati nel loro modo di vestire, ma perdono anche la coscienza delle più semplici esigenze della decenza, raccontano storie oscene, soddisfano i loro bisogni senza riguardo per l'ambiente, vantano nel modo piu sconcio i pregi sessuali della moglie o della figlia, si mostrano per istrada con donne pubbliche o cercano di introdurle in casa di conoscenti. Non raramente vediamo anche che i malati commettono addirittura azioni pericolose o delittuose, piccoli furti, inganni poco abili, frodi alle osterie, attentati al pudore. Per lo più le loro azioni sono così irriflessive che vengono subito scoperte. Uno dei miei infermi prese senz'altro alla stazione la valigia di un viaggiatore seduto vicino a lui e con questa cercò di fuggire. E poichè l'infermo intanto, malgrado la maggiore evidenza, nega sempre tutto, così viene ritenuto talvolta un malfattore sfacciato e furbo, e il più spesso viene condotto al Manicomio solo quando ha commesso le più gravi mancanze contro l'ordine pubblico, contro il pudore, quando ha resistito all'autorità pubblica, quando in breve tempo ha rovinato la sua famiglia, quando è stato malmenato e messo sotto disciplina, ed è abbattuto ed esaurito dagli eccessi commessi.

Spesso si manifesta allora una certa tranquillità durante la quale l'infermo nega in parte le sue idee di grandezza e i suoi progetti, in parte però sa anche giustificarli in modo più o meno abile. Durante l'osservazione nel Manicomio, malgrado un certo grado di debolezza mentale, egli, che chiede con insistenza di essere congedato, può talora apparire assai presto apparentemente normale; però dopo un esperimento di congedo, prima o poi nella condotta del malato si manifesta il grave disturbo che ha subito l'intera personalità. D'altra parte il delirio di grandezza insensato può perdurare anche per un tempo piu lungo, spesso per molti mesi e anche per anni, in una forma che va divenendo sempre più stravagante e strana. Si osserva molto presto come la originaria eccitabilità e ricchezza della vita rappresentativa vada sempre più perdendosi. Le idee deliranti divengono sempre più scarse, più incoerenti, più contraddittorie; l'umore apatico e indifferente e il bisogno di attività si limita infine a scrivere lettere e dispacci indecifrabili, ad abbozzare disegni e piani puerilmente goffi, a raccogliere e riempire le tasche di tutte le possibili immondizie, a

scrivere innumerevoli file di numeri che dovrebbero esprimere la immensa fortuna dell'infermo o il guadagno che spera di avere con le sue intraprese. A poco a poco l'infermo diviene sempre più stupido e apatico, se pure un debole riflesso del delirio di grandezza rischiara talvolta ancora per qualche tempo il fondo del suo tono sentimentale. Felice, con viso gaio, contento, rimane a lungo seduto, e con loquela appena comprensibile può forse balbettare alcune parole che hanno origine dal dolirio di grandezza: « cibo », « buono », « milioni », « bei cavalli », « imperatrice d'oro », finchè anche l'ultimo ricordo di questo delirio si spegne con la completa distruzione della personalità psichica.

La forma espansiva della paralisi progressiva si manifesta circa nel 15-16 % dei casi. La sua durata è generalmente lunga più che quella delle altre forme; degli infermi morti in questi ultimi anni in Clinica, solo in circa $^1/_2$ il decesso avvenne nei primi due anni della malattia. Io potei seguire alcuni casi per circa 14 anni. Questo lento decorso è spiegato sopratutto dalle frequenti remissioni che vidi insorgere in $^1/_3$ dei miei casi. In tali casi specialmente, non di rado negli anni antecedenti all'insorgere della vera malattia, si osservano singole manifestazioni morbose, quali diplopia, vertigini, irritabilità, eccitamento, disturbi della parola le quali poi possono completamente scomparire. Per me è dubbio se questi disturbi in quanto si adattano al quadro clinico della paralisi progressiva, si debbano concepire come primi lievi inizii del processo morboso. Così io nel 1884 ebbi in osservazione un caso nel quale fu possibile verosimilmente risalire ad un rapporto causale con la guerra del 1870 per mezzo di tali accenni sintomatici remoti.

La oscillazione tra stati depressivi e stati espansivi di cui abbiamo sopra parlato può in alcuni casi ripetersi più volte, sicchè a periodi più o meno lunghi di delirio di grandezza con umore gaio, succede una caduta in uno stato di depressione ansiosa o di disperazione ipocondriaca o di completa apatia. Questo modo di decorso è stato giustamente chiamato *forma circolare* della paralisi progressiva. La analogia esteriore con alcuni casi di pazzia circolare è talvolta molto grande. Malgrado ciò con una osservazione più lunga si sarà sempre in grado di distinguerla da queste ultime per il suo modo di origine lento in una età più matura, per la irregolarità dei singoli periodi, ma specialmente per i segni distinti della progressiva debolezza psichica, per i disturbi nervosi e il decorso progressivo.

La *forma agitata della paralisi progressiva* è quella forma espansiva che ha un modo di decorrere in cui accentuati stati di ecci-

tamento maniaco e delirante predominano nel processo morboso. Appunto in queste forme i disturbi iniziali sono frequentemente molto esigui, sicchè la malattia sembra spesso che insorga quasi repentinamente. Per lo più in questi casi si sviluppa subito un delirio di grandezza ancora più fiorente e insensato di quello che abbiamo già studiato nella forma espansiva. In pochi giorni l'infermo si dice guarito di tutte le sue sofferenze e malattie antecedenti; egli ha la corona del Redentore, una villa nell'ottavo cielo; introduce una nuova cronologia e si eleva al grado della più grande divinità che abbia mai esistito e che abbia creato l'universo. Egli può far nascere artificialmente uomini e cavalli, far risuscitare i morti, è l'uomo tipo, è il conte Reinach, re della Spagna. Il sole, la luna e le stelle ubbidiscono ai suoi comandi; con la rapidità del pensiero egli può trasferirsi in ogni parte. Egli ha comandato tutte le guerre, ha vinto tutte le battaglie, ha fatto le scoperte e le invenzioni più grandi, ha conosciuto personalmente o ha procreato egli stesso gli uomini più grandi di tutte le epoche. Egli possiede ricchezze favolose il cui valore non può venire espresso in numeri, diecine di milioni, diecine di miliardi; egli può fabbricare in un lampo castelli e chiese tempestate di diamanti e di pietre preziose, fa fecondare migliaia di bellissime donne da splendidi figli di Dio.

Talvolta si uniscono in modo indistricabile idee di grandezza e di piccolezza. L'infermo è disperato di essere venuto nella sua stupidaggine al Manicomio invece di utilizzare i suoi milioni di brevetti nell'impero per potersi far coronare imperatore. Perciò la sua gola si è chiusa e ha ricevuto immenso danno. Però egli spargerà tanti miliardi nel popolo, sicchè nessuno più parlerà della sua pazzia. Il suo ventre è riempito di ascessi, la sua testa di vermi, la memoria e l'intelligenza sono perdute, ma egli sarà rigenerato, riceverà un nuovo cervello, muscoli più validi e altri occhi. Nei repentini attacchi di disperazione si possono avere impulsivi tentativi di suicidio.

In tali casi anche l'agitazione suole essere molto maggiore. Temporaneamente si sviluppa confusione con fuga di idee unita a grande irritabilità e ad azioni violente. Una di queste malate scrisse le seguenti frasi incoerenti:

« Questa era una afflizione in questa sala, solamente orecchiare e crocchiare; essi l'hanno fatto, essi l'hanno fatto, essi non hanno fatto niente di nuovo. Non lei, non io, non lei non io, solo l'unica natura umana, no, no, no, no, solo la traccia, alla china, alla natura, sì, una coscienza tranquilla, mi addoloirà sempre il sonno, addio, addio, oh! bella foresta, ecc. ».

Il malato è giorno e notte irrequieto, occupato ininterrottamente dei suoi infiniti progetti, telefona comandi a tutte le parti del mondo, ride, ciarla, canta incessantemente; tiene discorsi con Dio, si masturba, è sudicio e insudicia tutto con il cibo e con gli escrementi. Egli non dorme quasi affatto; si nutrisce molto irregolarmente perchè pretende cose senza confronto migliori, il peso del corpo diminuisce molto rapidamente. Non raramente si hanno temperature subnormali; talvolta io vidi i segni del diabete insipido.

I casi più gravi della paralisi agitata sono stati talvolta designati col nome di *paralisi galoppante*. In tali casi si tratta di un *decorso estremamente rapido* della malattia, con i sintomi dell'*eccitamento psichico e nervoso di altissimo grado* e con esito letale d'ordinario improvviso. Questo quadro morboso tempestoso segna di solito la fine della forma agitata della paralisi progessiva, più di rado della forma depressiva, esistono però anche casi i quali decorrono fin dall'inizio in tal modo. Con un eccitamento che va rapidamente crescendo l'infermo diviene completamente confuso e incosciente, emette soltanto suoni inarticolati o pronuncia sillabe stereotipe e insensate, si rotola per terra, agita braccia e gambe, non prende nutrimento, ma sputa tutto quel che gli viene messo in bocca, perde feci e urine. Il *peso del corpo* diminuisce con straordinaria rapidità, come dimostra la figura 27; il polso è piccolo e frequente, la temperatura è aumentata (38-39°), probabilmente per lo più per le numerose contusioni ed escoriazioni che l'infermo si produce durante il suo disordinato eccitamento. Dopo alcuni giorni e settimane, talora dopo ripetuti attacchi apoplettiformi o epilettiformi i movimenti dell'infermo, di tempo in tempo stuporoso, divengono incerti e tremolanti; le labbra e la lingua sono ricoperte di croste spesse, nerastre; si hanno profuse diarree, sudori freddi, sussulti tendinei, grande tendenza alla gangrena da compressione, e con progressiva debolezza cardiaca, a volte dopo un transitorio ritorno alla coscienza, si ha l'esito mortale. Questo quadro morboso è quello che talvolta è stato sotto il nome di « delirio acuto » scambiato con certi deliri infettivi di origine sconosciuta. Ciò vale specialmente per quei casi nei quali i fenomeni iniziali sono poco o punto accentuati. Ciò che a me rende verosimile sopratutto tale opinione è il fatto che qualche volta

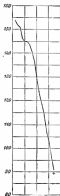



Fig. 27

si ha l'occasione di veder ristabilire da questo stato un infermo, e allora si vedono risaltare certamente i sintomi della paralisi progressiva, prima forse non osservati.

Questa forma agitata è in complesso la più rara tra la manifestazione della paralisi progressiva; secondo la mia osservazione io posso contare tra queste al massimo l'11 °/₀ dei casi. Behl riscontrò la paralisi galoppante nel 9,2 °/₀ negli uomini e nel 2 °/₀ nelle donne, Buchholz la riscontrò 4 volte in 335 casi. quindi nell'1, 2 °/₀. Gli attacchi paralitici sono molto frequenti; io ho osservato remissioni circa in ¹/₄ dei casi. La durata in ²/₃ dei casi fu minore di 2 anni; nelle forme galoppanti l'esito può aversi in pochi mesi, ed anche in poche settimane.

In ultimo dobbiamo ancora in breve ricordare un quadro morboso che non si manifesta in verità indipendentemente, ma può transitoriamente manifestarsi in tutte le forme della paralisi, specialmente nei primi periodi della malattia. Intendo parlare di certi stati deliranti i quali mostrano una grande somiglianza clinica col *delirium tremens*. Gli infermi perdono rapidamente l'orientamento, cadono in una caratteristica irrequietezza con iperattività, insorgono vivaci disturbi psicosensoriali, insonnia e forte tremore, tono sentimentale in parte ansioso in parte euforico, ma senza l'umorismo caratteristico dell'alcoolista. Dopo alcuni giorni o settimane suole ritornare la tranquillità e la lucidità Si è tentati di regola di rimettere questi senz'altro tra gli stati alcoolici, o riportarli ad occessi alcoolici durante il periodo normale o di malattia. Questa opinione è certamente giusta per un certo numero di casi. A parte però il fatto che spesso il precedente abuso di alcool è stato assai piccolo, ho visto con grande sorpresa manifestarsi questo quadro morboso in alcuni soggetti che avevano condotto una vita molto ordinata. Quindi sembra che esista anche un *delirium* dei paralitici che è molto analogo a quello degli alcoolisti, ma che non è identico a questo.

Sotto il nome di *forma demente* della paralisi progressiva collochiamo quel gruppo di casi nei quali le manifestazioni di una *progressiva debolezza della mente* dominano fin dapprincipio il quadro morboso. Per lo più si ritrovano anche in questi casi alcuni accenni dei disturbi fin qui ricordati, specialmente transitorio eccitamento delirante, irrequietezza impulsiva ansiosa, qualche idea ipocondriaca o di grandezza, isolati disturbi psico-sensoriali; solamente questi fenomeni di irritazione psichica vanno in seconda linea di fronte all'accentuata demenza rapida e profonda. I primi sintomi della iniziantesi infermità sono la perdita della eccitabilità psichica, l'incapacità al lavoro, la povertà ideativa,

la smemoratezza e la distrazione, i repentini capricci e la eccitabilità accanto a indifferenza e a sorprendente debolezza negli affari importanti, lamentele su dolori o senso di pressione al capo. L'infermo si stanca rapidamente, qualche volta si addormenta in società, talvolta è tutto ad un tratto come distratto; diviene incerto e facilmente dominabile nei suoi giudizi e nelle sue risoluzioni, a volte invece stranamente testardo a proposito di piccolezze. Si sbaglia in cose che erano a lui famigliari, deve a lungo pensare per ricordarsi dati semplici anche se era abituato giornalmente a scriverli. La coscienza vá gradatamente offuscandosi; l'infermo non è più in grado di comprendere ciò che avviene intorno a lui, perde la lucidità per il tempo, per il luogo, per le condizioni d'ambiente. Se viaggia sbaglia treno, non giunge al luogo di destinazione, viene trovato in una stazione qualunque senza bagagli e senza danari. I suoi pensieri sono confusi; egli fa a volte l'impressione di un ubbriaco, si perde nella sua abitazione e perfino non riconosce più i parenti più prossimi e gli amici. Circa nel terzo dei casi sono stati osservati transitori stati di eccitamento con stupore dolirante più o meno accentuato.

Non raramente insorgono anche fuggevoli idee deliranti o disturbi psico-sensoriali. L'infermo vede uomini neri con grandi barbe, angeli in cielo, sonte voci ingiuriose, si sente raddoppiato, stregato. Egli viene derubato, avvelenato, tormentato, è nobile, molto ricco, sposerà una bella donna, vanta le sue 1000 decorazioni, la sua bella voce, le sue « superbe » mutande, ha in casa un berretto di seta, una uniforme. Un infermo nell'insorgere della malattia telegrafò a casa di aver fatto una grande scoperta: poco tempo dopo in un attacco ansioso si gettò dalla finestra e quindi presentò in seguito il quadro di un tranquillo stato demenziale.

Le rappresentazioni deliranti degli infermi portano distintamente i segni della puerilità e della demenza; essi si lasciano di regola influenzare molto facilmente dalle suggestioni. Spesso cominciano anche nello stesso modo bambinesco a inventare, raccontano di un incontro con l'imperatore, di aver ricevuto danaro, di visite importanti che hanno fatte, ecc.

La eccitabilità emotiva suole per lo più diminuire sempre più. Veramente dapprincipio si manifesta non di raro una certa ansia ed interna irrequietezza, con pianti subitanei, oppure istantanei cambiamenti di umore. Talvolta si ha anche notevole irritabilità, aumentata eccitabilità sessuale e anche tendenza ad atti brutali che può manifestarsi con minaccie ed aggressioni contro chi li circonda. In seguito però

l'infermo diviene apatico, indifferente, non mostra più il minimo interesse per le persone e le cose che più lo riguardano. I rimproveri che gli vengono rivolti per i suoi errori sono ascoltati senza reazione; egli comprende appena che cosa si desidera da lui perchè già ha perduto completamente la nozione delle sue attività professionali.

Molto distintamente si manifesta un interesse sciocco, senza riguardo, per i godimenti più grossolani. L'infermo mangia, beve, fuma finchè ne ha i mezzi, insensibile di fronte a tutte le conseguenze che derivano dalla sua inattività. Per lo più nel successivo decorso si manifesta una contentezza sciocca molto caratteristica che si esplica con allegri sorrisi, con aspetto amabile a tutto ciò che si dice e con saluti cordiali a persono completamente sconosciute. Malgrado il rapido decadimento psichico l'infermo si sente sanissimo e capace a tutto, ovunque si trova bene, trova tutto eccellente e squisito. In altri casi invece esiste una pallida idea generale del profondo cambiamento che è avvenuto nella sua personalità. L'infermo si lamenta della lentezza e della difficoltà nel pensare, della sua smemoratezza e cerca perciò l'aiuto del medico, anzi forse per il timore più o meno chiaro della imminente malattia, fa anche tentativi di suicidio che però per la sua debolezza di mente e per la mancanza di energia rimangono frequentemente senza risultato.

La *capacità al lavoro* dell'infermo viene lesa assai sensibilmente nella demenza rapidamente progressiva. Egli comincia a divenire disordinato e trascurato nelle sue faccende abituali, è negligente nelle ore di servizio, nel compiere importanti commissioni, dimentica la soprascritta delle lettere, perde o smarrisce oggetti preziosi, danaro, carte, non è più capace di fare lavori o non li finisce a tempo, commette sbagli incomprensibili, errori ortografici, gravi equivoci nella contabilità, ecc. senza accorgersene. Un impiegato diceva che gli ordini dei suoi superiori dovevano essere diventati, negli ultimi anni, sempre più oscuri e meno comprensibili perchè egli non poteva più imprimerli nella memoria come prima.

Per solito l'infermo cessa del tutto di preoccuparsi dei suoi doveri. Per contro commette ogni specie di azioni insensate e sbagliate che non raramente lo portano in conflitto con l'ordine pubblico e con la legge. Egli diviene irrequieto, chiassoso, gira senza scopo e anche seminudo, beve, va mendicando, è arrestato come vagabondo, all'osteria non paga e commette furti poco abili, diventa litigioso e aggressivo, commette attentati al pudore. Anche in queste manifestazioni si riconosce in genere distintamente la debolezza di mente. Uno dei miei infermi tagliò dei giovani alberi di un giardino pubblico e tentò ripian-

tarli nel proprio terreno; un altro andò a raccogliere senz'altro i prodotti del terreno del suo vicino, piantò le patate rubate in mezzo a quelle antecedentemente piantate, sicchè anche queste ultime non crebbero. Un altro ancora prese sotto gli occhi del commesso un prosciutto e scappò a nasconderlo nella sua cantina; un quarto infine rubò bottiglie vuote di nessun valore.

Il *contegno esteriore* degli infermi tradisce per lo più molto presto la distruzione della loro personalità psichica. Essi sono completamente mancanti di volontà, buoni, docili, vegetano senza prendere interesse a nulla, non sono più capaci di prender cura di ciò che loro abbisogna, dimenticano di prendere il cibo e divengono repentinamente sudici. In altri casi si riscontra un contegno caratteristicamente repulsivo, inaccessibile. Gli infermi danno ad ogni domanda risposte brusche, negative, senza chiaro motivo e senza lasciarsi influenzare da gentili persuasioni; si oppongono alle misure più benevole e anche in questa resistenza insensata si può riconoscere già la decadenza molto avanzata.

Finalmente vi sono alcuni malati i quali malgrado la loro profonda demenza conservano abbastanza bene il loro contegno esteriore. Noi vediamo che l'infermo che ci saluta con la miglior forma, che mantiene un contegno ordinato, non ha idea del luogo ove si trova, riconosce appena o non riconosce affatto i suoi parenti, non sa dir nulla del suo passato. Sono appunto questi casi nei quali gli infermi non si lamentano affatto, dormono molto, mostrano di avere eccellente appetito e aumentano considerevolmente di peso che non vengono riconosciuti come morbosi da chi li circonda, se non quando la demenza è già molto avanzata. I parenti sembra che si abituino così bene alla decadenza lentamente progressiva della personalità psichica dell'infermo che spesso non si vogliono convincere della gravità del disturbo e considerano quasi gli eccitamenti psichici non rilevanti quali segni di completa sanità mentale. « Egli sa ancora tutto » dicono i parenti quando l'infermo riconosce la moglie o si ricorda per caso che ha figli. A me fu condotto per essere visitato uno di questi infermi che ancora copriva bene il posto pieno di responsabilità di cassiere, mentre era già divenuto sudicio e non era più in grado di fare semplicissime addizioni. Un altro infermo, un medico, giunse all'ospedalo per farsi operare un patereccio, mentre aveva fino allora continuato la sua pratica: quando fu nell'ospedale una notte si smarrì, e giunse nel riparto femminile e si scoprì che era già un demente così avanzato che non riconosceva neppure più le dosi di morfina.

La forma demente dolla paralisi progressiva è verosimilmonte la

più frequente: sebbene questi infermi appunto a motivo della loro innocuità giungano relativamente di rado nel Manicomio, pure tra i malati della mia Clinica durante gli ultimi anni appartennero a questa forma più del 40 % degli infermi. I fenomeni somatici concomitanti sono gli stessi delle altre forme. Io non ho potuto riscontrare coi più accurati esami, che i disturbi tabetici siano specialmente in tali casi più frequenti. Al contrario io vidi insorgere molto più frequentemente attacchi paralitici; più che nel 45 % dei casi. Anche le remissioni dei fenomeni morbosi furono osservate più raramente che nelle altre forme, specialmente a confronto delle forme espansive. In circa la metà dei casi la durata della malattia non superò i due anni; nel 18 % dei casi la morte si ebbe entro un anno dall'insorgere delle prime manifestazioni morbose, e solo alcuni casi mostrarono una durata di 4-5 anni o più. La forma demente rappresenta quindi per lo più il quadro morboso paralitico più grave.

Come risulta dalle diverse descrizioni riportate, il *decorso totale* della paralisi progressiva è composto in generale di uno stadio iniziale, che talvolta passa completamente inosservato, e di un periodo di fenomeni morbosi più evidenti al quale si unisce in seguito lo stato terminale di profonda demenza. È però di grande importanza il fatto che in questi diversi periodi del decorso morboso la profondità dei disturbi somatici non corrisponde sempre all'evoluzione dei sintomi psichici. Da una parte vi sono casi nei quali possono esistere anche per lungo tempo profondi disturbi della parola e della scrittura prima che si possa riscontrare una qualsiasi accentuata lesione della memoria o dell'intelligenza. D'altra parte però — e ciò è praticamente molto più importante — dal quadro morboso psichico possiamo talvolta avere fondati sospetti per una paralisi progressiva iniziale, mentre l'esame somatico non dà ancora affatto sintomi apprezzabili. Vero è che a tale riguardo, come mi hanno insegnato non poche diagnosi errate, è desiderabile una grande prudenza.

Il decorso di tutte le forme della paralisi progressiva può essere influenzato quasi sempre in modo imprevedibile da due diversi avvenimenti: dagli *attacchi paralitici* e dalle *remissioni*. I primi possono avere come conseguenza una improvvisa e grave progressione di tutti i fenomeni morbosi o anche la morte subitanea; essi si presentano più frequentemente nella forma demente, più raramente nella forma espansiva. D'altra parte si vedono a volte manifeste remissioni dei disturbi psichici e nervosi prolungare il decorso della malattia in quasi tutti i periodi della paralisi progressiva, eccetto che nell'ultimo. Hoppe vide

pronunciate remissioni di lunga durata nel 16, 8 % negli uomini e nel 14, 9 % nelle donne. Più frequentemente simili miglioramenti sembra si producano nella forma agitata e specialmente nella forma espansiva; più rari e di poca durata sono stati osservati nella forma depressiva e nella forma demente. La remissione talvolta si compie in modo rapido, da un giorno all'altro, benchè l'acme di essa venga raggiunto solo gradualmente, talora durante dei mesi. L'infermo si mostra lucido, cosciente, ordinato; le idee deliranti scompaiono e vengono da lui indicate col nome di sogni e immaginazioni; egli stesso spesso si meraviglia profondamente che tutte queste « cose sciocche » possano essergli venute in testa. Tuttavia nei primi giorni egli ricade talora di nuovo nelle sue idee antecedenti, e solo in seguito a persuasioni comprende ed ammette la loro natura delirante.

Il ricordo delle concezioni morbose è spesso dapprincipio confuso, ma a poco a poco emergono distintamente molte particolarità. Gradatamente può aversi anche una certa intuizione della malattia, sebbene alcune delle azioni errate vengano ancora in modo morboso giustificate o vengano spiegate come causate da circostanze e da influenze esterne. Insieme a questa deficiente chiarezza del passato va unita spesso una serena noncuranza riguardo all'avvenire. L'infermo si sente completamente normalo ed è sicurissimo di rimanere tale anche per l'avvenire; non dà ascolto perciò agli avvertimenti del medico. L'umore è a volte gaio, contento, a volte è oppresso o indifferente, perchè l'infermo si sente stanco, affaticato, bisognoso di riposo e si lamenta di varie sofferenze e specialmente di senso di pressione e di dolore al capo.

Gradatamente lo stato dell'infermo può sempre più migliorare, sicchè egli, specialmente nelle condizioni di ordine e di protezione del Manicomio, fa l'impressione di un individuo quasi completamente sano. Però ai parenti più prossimi e agli amici non rimane mai nascosto un leggero indebolimento dell'intelligenza e della memoria, una diminuzione della vivacità psichica e dell'interessamento emotivo, insieme ad una certa mancanza di energia e di costanza. Tuttavia alcuni di questi infermi sono in grado di riprendere, durante il miglioramento, anche con buon successo, la professione per quanto piena di responsabilità di impiegato ferroviario, di ufficiale, di medico. Uno dei miei infermi, che in seguito morì con i sintomi di paralisi progressiva dopo circa 11 anni di malattia, dopo un iniziale stato depressivo disimpegnò non solo il suo ufficio di telegrafista con completa soddisfazione per 5 anni, ma avanzò nella sua carriera giungendo a posti elevati, superò esami e si

ammogliò; i primi sintomi somatici si poterono mettere in evidenza solo 2 anni dopo la ricaduta. Un altro infermo che presentò idee di grandezza, disturbi della parola, rigidità pupillare, abolizione dei riflessi rotulei e accessi di vertigine perdette in seguito le sue idee di grandezza, fu nuovamente attivo per 6 anni nel suo impiego antecedente di inserviente di scuola, si riammalò nuovamente con i fenomeni già presentati, ma migliorò rapidamente. Malgrado graduale regressione della capacità psichica, frequenti attacchi epilettiformi, peggioramento nella parola e nella scrittura, adempì ancora per 2 anni con brevi interruzioni il suo servizio e morì poi improvvisamente, dopo che la malattia ebbe durato in complesso circa 9 anni. Di solito le remissioni durano al più alcuni mesi; quei casi nei quali gli infermi rimangono presso a poco sani per più di 2 o 3 anni debbono essere considerati come assolutamente eccezionali.

Gli *ultimi periodi* della malattia sono simili in tutte le forme, ad eccezione di quelle che hanno un decorso prematuramente letale. L'infermo diviene sempre più ottuso e demente; egli non riconosce più gli oggetti e le persone del suo ambiente, non comprende nè domande nè gesti, e infine non è più che un corpo che vegeta nel quale la vita psichica è spenta completamente o quasi. Talvolta si manifesta di tempo in tempo un certo eccitamento unito a grida e ad urla uniformi, balbettanti, che dura alcune ore o alcuni giorni. Contemporaneamente anche i disturbi nervosi progrediscono in modo continuo. L'infermo diviene quasi completamente insensibile; la debolezza aumenta sempre più; si manifestano rigidità, contrazioni intenzionali, contratture in flessione ed esteso atrofie muscolari, cosicchè l'infermo perde la possibilità di muoversi indipendentemente, non può nè camminare nè stare in piedi e infine nemmeno star seduto. Nello stesso tempo dimagra sempre più e diviene sudicio, sicchè bisogna che sia curato sotto ogni riguardo come un bambino. In questi profondi gradi della demenza e della paralisi generale esistono in realtà numerose forme di passaggio che si distinguono le une dalle altre per la diversa conservazione della vivacità psichica, per residui di disposizioni e rappresentazioni emotive a carattere depressivo o espansivo, come pure infine per la diversa estensione dei fenomeni nervosi.

L'*esito* della paralisi progressiva è di solito la morte. Noi siamo abituati, per lo meno per la grande esperienza quotidiana, a comprendere nelle forme di paralisi progressiva solo quei casi nei quali questa fine giunge in un termine stabilito. Infatti si farà sempre bene a considerare con la maggior diffidenza i casi così detti « guariti » di paralisi

progressiva, perchè NASSE (1) ha constatato che di sei paralitici dichiarati da lui guariti, solo 1 non è ricaduto e per di più in questo la diagnosi non era esente da dubbi. Malgrado ciò è necessario sempre nuovamente riprendere la questione se il processo morboso paralitico debba in tutti casi progredire veramente fino alla morte. Da accurati osservatori è stato però riferito sopra un certo numero, per quanto assai ristretti di casi nei quali il quadro morboso della paralisi progressiva completamente sviluppato, è scomparso in modo completo e duraturo. Vero è che in simili casi rimarrà sempre il dubbio se si sia veramente trattato di paralisi o di una delle varie altre estese malattie corticali che sono molto analoghe alla paralisi progressiva e che sono molto difficili a diagnosticare con qualche sicurezza in vita. Esiste ancora il dubbio che si sia trattato di quadri morbosi ancora a noi completamente sconosciuti.

Di grandissima importanza per tutta la questione è il caso seguíto molto attentamente e riferito da TUCZEK, nel quale all'età di 36 anni si manifestò, nel 1876, un quadro morboso paralitico che scomparve completamente verso la fine del 1878. Alla fine del 1883 si sviluppò lentamente nel 'infermo una tabe senza disturbi psichici. Verso la fine del 1898 si manifestarono stati di eccitamento e di confusione che, uniti a decadimento psichico, condussero l'infermo a morte dopo 22 anni dall'inizio della malattia. Secondo l'affermazione di NISSL che potè compiere l'autopsia il reperto della corteccia corrispose completamente a quello riscontrato nella paralisi progressiva. Questa osservazione che mostra un arresto del processo della paralisi per la durata di quasi 20 anni fa sembrare possibile anche la guarigione della malattia nei primi suoi gradi di sviluppo, tanto più perchè osserviamo in questo periodo le remissioni con sufficiente frequenza, le quali, a parte probabilità di ricadute successive, non possono distinguersi dalla vera guarigione. Veramente non i può ammettere che in tali casi avvenga una completa retrocessione di tutti i cangiamenti patologici; perchè una volta distrutto il tessuto nervoso questo non si ripara. ALZHEIMER, corrispondentemente a ciò, ha riscontrato anche in quei paralitici che morivano nel periodo di remissione il caratteristico reperto anatomico della paralisi progressiva. Poichè però noi non sappiamo nulla dell'importanza che ha nei casi singoli per la vita psichica la parte del tessuto distrutto, come nulla sappiamo della possibilità di sostituzione per mezzo

(1) NASSE, *Allgem. Zeitschr Psychiatrie XLII*, 136.

di altri territori cerebrali, un arresto del processo morboso paralitico può alcune volte avvicinarsi nella pratica ad una guarigione, tanto più perchè è possibile entro certi limiti una retrocessione delle lesioni morbose che non abbiano ancora raggiunto la definitiva distruzione.

In ogni modo non può essere messo in dubbio che nella paralisi progressiva possa avvenire per lunghi anni, e forse anche durevolmente, una sosta della malattia. In realtà i casi considerati come appartenenti a tale categoria non sono neppure assolutamente rari. In ogni grande Manicomio si trova un numero di infermi nei quali all'inizio, per l'osservazione di disturbi psichici più o meno caratteristici con alcune manifestazioni somatiche, quali rigidità pupillare, alterazione dei riflessi, disturbi della parola, attacchi convulsivi, è stata fatta la diagnosi di paralisi progressiva, senza che però la malattia in seguito abbia condotto all'esito atteso. In alcuni casi si può pensare che si tratti solamente di remissioni che durano per lungo tempo. Così io ricordo una inferma nella quale la primitiva diagnosi di paralisi progressiva era andata completamente dimenticata perchè regredirono tutti i sintomi morbosi più accentuati, in seguito poi il quadro della paralisi progressiva si sviluppò nuovamente e condusse a morte. In altri casi analoghi i sintomi originari della infermità diminuiscono fino a dar luogo ad una debolezza mentale più o meno accentuata, con o senza disturbi deliranti e con alcuni residui immutati di disturbi somatici Una parte di questi stati terminali caratteristici appartiene molto probabilmente a malattie corticali di altro genere, forse specialmente alle forme luetiche. Tuttavia allo stato attuale della questione non si può affatto escludere la probabilità che anche in questi casi si sia trattato talvolta di forme di paralisi progressiva le quali non progrediscono, ma rimangono ad un certo stadio del loro sviluppo. I reperti anatomici di questi casi fatti da persona esperta, quando saranno più numerosi, porteranno a poco a poco luce su questo punto.

Anche con queste limitazioni non rimane però alterato il fatto che, secondo la esperienza degli osservatori più svariati, circa la metà di tutti gli infermi con sintomi paralitici accentuati soccombe nei primi due anni della malattia (1). Nel primo anno secondo la statistica di Buchholz morirono circa il 10 %, secondo Hoppe il 20 % degli uomini, il 12 % delle donne, dopo 3 anni secondo riferisce Müller il 75 %. Dopo 5 anni Heilbronner ritrovò in

(1) Buchholz, *Allgem. Zeitschr. f. Psych. LVI*, 176; Müller, *idem LIV*, 1027.

vita solo il 10-13 %, dopo 6 anni BEHR ne riscontrò solo il 3,8 % degli infermi. La durata media della malattia è secondo SMITH di 24 mesi, secondo TORKEL di 27, secondo RÄCKE di 28, secondo BEHR di 32 mesi. La maggior durata della malattia giunse in un caso di HOPPE a 14 anni, in un caso di BEHR a 15 anni e mezzo, in uno di HEILBRONNER a 18 anni; LUSTIG ha descritto due casi che ebbero una durata maggiore di 20 anni. Poichè però ambedue gli infermi ancora vivevano si deve lasciare aperta la quistione se in questi casi si sia trattato di un vero arresto della malattia, oppure di un altro processo morboso analogo.

L'esito letale è dovuto a cause svariatissime. A parte i tentativi di suicidio che nel primo periodo possono qualche volta riuscire, in tutto il decorso della malattia possono condurre repentinamente e in modo inatteso a morte gli attacchi paralitici. Nel triste, ultimo periodo della malattia, le polmoniti *ab ingestis* (saliva, cibi), specialmente durante gli attacchi, sono la causa più frequente di morte. Secondo i dati di HOPPE gli attacchi paralitici sono la causa della morte nel 32, 8 % negli uomini e nel 18, 5 % nelle donne. Inoltre sono da considerare le intossicazioni del sangue o le embolie grassose che possono svilupparsi da lesioni di ogni genere per la irrequietezza e la insensibilità degli infermi, oppure per gangrena da compressione o per catarro della vescica (pielite). Alcuni infermi muoiono accidentalmente soffocati per il vomito, oppure per essersi sovraempita, mangiando, la bocca di cibo e specialmente di pane e poi ingoiandone una parte. Finalmente però l'esito per così dire naturale della paralisi progressiva, come si osserva in tutti quegli infermi che sono scampati a tutti questi pericoli, è un grave marasma, e la morte avviene per debolezza cardiaca. Gli infermi dimagrano considerevolmente fino ad essere pelle e ossa; tutta la muscolatura del corpo diviene estremamente atrofica; la temperatura si abbassa in modo permanente molto al disotto del normale; il polso diviene lento, sempre più debole e infine impercettibile, finchè la vita si spegne.

L'*anatomia patologica* della paralisi progressiva ci mostra negli organi nervosi centrali tutta una serie di alterazioni che nel loro complesso sembrano fino ad un certo grado caratteristici di questa malattia (1).

(1) NISSL, *Monatsschr. f. Psychiatrie, IV*, 413; *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie LX*, 215; NÄCKE, *idem LVII*, 619; CRAMER, *Handbuch. der pathol Anatomie des Nervensystems von* FLATAU-JACOBSOHN-MINOR, 1470, 1903.

Non sono da considerare come essenziali le iperostosi e le esostosi del cranio che a volte si osservano, perchè non molto raramente si riscontrano anche in individui normali, mentre sembra importante l'ispessimento generale della scatola cranica, frequente nei casi molto avanzati, e che con probabilità si deve ritenere quale fenomeno di compenso di fronte alla diminuzione di pressione del cervello atrofizzato. Spesso si vedono profonde impronte dei solchi vascolari nel tavolato osseo che reca abbondanti osteofiti. La diploe suole in genere scomparire nelle ossa craniche che sono o assottigliate o ispessite.

Più importanti sono le lesioni a carico delle meningi. La dura, spesso in parte, più raramente in tutta la sua estensione è aderente alla calotta cranica: talvolta non si lascia asportare da quest'ultima senza lacerarsi. Non raramente si riscontra una *pachimeningite interna* ed *ematomi della dura* madre, per lo più solo accennati, come un velo, ma qua e là anche cicatrici stratificate o modici versamenti sanguigni avvenuti di recente, per solito al vertice. Anche sotto la pia si riscontrano spesso emorragie superficiali più o meno estese.

Le meningi molli per la infiltrazione cellulare sono più o meno fortemente *intorbidate*, talvolta molto considerevolmente, lattescenti, ispessite, specialmente lungo i vasi. Queste alterazioni sono più spiccate nella porzione anteriore e media degli emisferi cerebrali ed anche nella superficie interna; sono più lievi alla base, per scomparire quasi completamente nella regione occipitale. Talvolta si riscontrano avvolte nella pia anche lamelle ossee. Le vene sono fortemente dilatate specialmente nella paralisi galoppante, le pareti sono ispessite: le granulazioni del PACCHIONI non raramente sono assai sviluppate.

Il cervello, specialmente quando la malattia ha durato da lungo tempo, è sempre *atrofico*. Le circonvoluzioni sono rimpicciolite, specialmente nella porzione anteriore del cervello; qua o là si riscontrano forti avvallamenti sopra i quali la pia passa formando vescicole riempite di siero. Anche la corteccia è diminuita di spessore, specialmente nel cervello frontale, e spesso e così fortemente aderente alla pia che in alcuni punti questa non si lascia staccare senza portare con sè pezzi di sostanza cerebrale. I ventricoli sono più o meno dilatati; l'ependima di questi, specialmente del quarto ventricolo, mostra spesso abbondanti granulazioni molto sviluppate a forma di piccoli nodi. Secondo WEIGERT si tratta di perdita della sostanza epiteliale che ricopre l'ependima con proliferazione e degenerazione ialina della nevroglia. La quantità di liquido cefalo-rachidiano, per l'atrofia cerebrale, sembra aumentata nella cavità cranica come pure nei ventricoli (idrocefalo esterno e interno). Il peso del

cervello fu da ILBERG (1) riscontrato diminuito in media di circa 152 gr., diminuzione che riguarda quasi solamente i due emisferi cerebrali; però si riscontrano di frequente considerevoli differenze tra i due lati. A risultati molto simili giunse BRUNET, il quale constatò differenze di 50 a 60 gr. tra i due emisferi, in generale a favore del destro. Il peso cerebrale medio nei paralitici fu riscontrato negli uomini di 1236 gr. con oscillazioni da 910 gr. fino a 1549; nelle donne di 1089 gr., oscillando tra un peso di 802 gr. a 1035 gr. Qualche volta si è riscontrato il peso del cervello superiore al normale, però è dubbio se si sia trattato in tali casi di vere paralisi e non di un'altra forma di malattia corticale con estesa proliferazione della glia.

L'esame microscopico dimostra sopratutto accentuate lesioni nella *corteccia* (2). Nelle cellule nervose della corteccia cerebrale si riscontra una accanto all'altra tutta la serie di lesioni più o meno profonde, come sono state già descritte da NISSL e da altri. La successiva osservazione ha insegnato che gli aspetti che qui si riscontrano non sono per se stessi caratteristici del processo morboso attuale, ma, per quanto si può fino ad ora capire, sono la manifestazione generale di nocumenti che colpiscono la vitalità delle cellule. Quindi si riscontrano gli stessi fatti, che nelle più svariate condizioni possono fare ammalare le cellule nervose. Alcune di queste lesioni, come specialmente il rigonfiamento acuto, sono, a quanto pare, passibili di remissione; in altre losioni come, p. e., nella frequente sclerosi cellulare che spesso decorre cronicamente, le cellule nervose possono continuare ad esistere ancora per lungo tempo, sebbene cambino considerevolmente di forma: non raramente si possono riconoscere in cellule già atrofiche le traccie di lesioni secondarie acute più recenti. Invece in quello che NISSL chiama alterazione grave, caratterizzata dalla subitanea distruzione della sostanza colorabile insieme ad impiccolimento e arrotondamento del nucleo che perde membrana e struttura e si colora in bleu violetto, abbiamo a fare con un processo che probabilmente ha per conseguenza immancabile la distruzione della cellula. Anche le lesioni acute, come la sclerosi cellulare, possono del resto

1) ILBERG, *Archiv f. Psychiatrie, XXXI*, 936; BRUNET, *Annales médico-psychol. VIII*, 11, 251, 1900.

(2) BINSWANGER, *Die pathologische Histologie der Grosshirnrinden-Erkrankung bei der allgemeinen progressiven Paralyse* 1893; NISSL, *Archiv f. Psychiatrie, XXVIII*, 989; HEILBRONNER, *Allgem Zeitschr. f. Psychiatrie, LIII*, 172.

condurre alla rovina delle parti del tessuto colpito. Tutte le suddette lesioni, ad eccezione di quelle a forma acuta, non colpiscono mai nello stesso tempo tutta la corteccia cerebrale; invece si riscontrano differenze locali nell'estensione e nella profondità del processo distruttivo. Così la corteccia del lobo occipitale e specialmente la regione della scissura calcarina, la regione delle circonvoluzioni centrali specialmente la frontale ascendente sogliono essere relativamente poco lese. Anche in una stessa regione della corteccia si possono vedere varie gradazioni delle lesioni, anzi si possono riscontrare accanto a cellule profondamente alterate numerose altre cellule che appaiono completamente normali. Solo dopo un decorso morboso molto gravo o di lunga durata tutte le cellule della corteccia mostrano infine, con diverse impronte, i segni della lesione paralitica. In tutti i casi però una parte piu o meno grande delle cellule va completamente in rovina. In generale non si è potuta determinare una partecipazione di speciale gravità di alcuni strati di cellule nervose al processo morboso; sembra invece che tutto lo spessore della corteccia venga nella stessa guisa gravemente colpito. Solo si può dire che l'estensione e la profondità della lesione anatomica sono tanto maggiori quanto più il caso era clinicamente avanzato.

Con la rovina dello cellule nervose va intimamente connessa quella delle *fibre*. È merito di Tuczek (1) di avere studiato esattamente queste lesioni con i metodi più fini (metodo di Exner, metodo di Weigert). In tal modo è risultato che in tutti i casi di paralisi progressiva di lunga durata degenerano piu o meno, tanto le « fibre radiali » che s'irradiano dalla sostanza bianca nella corteccia corebrale, quanto le fibre corticali zonali (fibre tangenziali) che decorrono parallelamente nello strato più superficiale della corteccia, sicchè negli stadii molto avanzati le fibrille nervose corticali si possono appena dimostrare. Un rapporto di legge tra la profondità e la sede delle lesioni, secondo le osservazioni di Zacher, non può essere determinato con sicurezza, e neanche può esser dubbio che la degenerazione delle fibre non appartenga esclusivamente alla paralisi progressiva, ma cho sia comune anche ad altre psicosi, specialmente alle forme demenziali senili ed epilettiche. È certo per altro che la frequenza, l'estensione e la gravità di queste lesioni sono molto maggiori nella paralisi progressiva che in qualsiasi altra malattia corticale.

---

(1) Tuczek, *Beitrage zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica*. 1884.

Per la perdita di una grande quantità di tessuto nervoso nei casi avanzati, si manifesta un' *atrofia* della corteccia che si può riconoscere anche dallo spessore diminuito di questa, e talvolta è di così alto grado che lo spessore della corteccia si riduce della metà. Alcuni punti, specialmente intorno ai vasi, possono ricordare completamente i raggrinzamenti cicatriziali. Ma anche in gradi inferiori di questo processo si rileva che il regolare ordinamento delle cellule gangliari ancora presenti viene spesso disturbato; queste non stanno più disposte in serie, ma spostate e in linee ondulate. In alcune parti esse appaiono riunite insieme strettamente: in altri punti si riscontrano grandi lacune, composte da tessuto connettivo e da vasi.

Tale reperto può fino ad un certo grado essere considerato caratteristico del processo morboso della paralisi progressiva. Però le singole lesioni cellulari, poichè si riscontrano anche in altre malattie e in parte possono essere riprodotte artificialmente negli animali, non possono, per lo meno allo stato attuale, essere considerate che come condizioni di fatto che non autorizzano per sè sole alla diagnosi della malattia. Solo questo si può asserire, che il processo morboso della paralisi progressiva colpisce tutto il tessuto nervoso della corteccia in estensione molto maggiore di qualunque altra malattia. Anche nell'idiozia, nella *dementia praecox*, nella demenza senile vengono lese numerose cellule e fibre. Ma in questi casi la tessitura generale della corteccia è ovunque conservata; si vedono le lacune nelle serie cellulari composto di glia, senza però che il loro ordine venga disturbato. Invece nella paralisi progressiva si può dimostrare uno sconvolgimento e un raggrinzamento nella tessitura corticale, benchè la lesione riconoscibile degli elementi sia ancora relativamente lieve. In seguito ad un rapidissimo decorso ciò può essere meno appariscente, mentre dopo una durata più lunga della malattia risalta sempre più chiaramente. Solo nelle gravi arteriosclerosi possono aversi fatti analoghi.

Una idea di queste lesioni può essere data dalle due figure di corteccia di paralitici riportate nella tavola V, specialmente se vengono confrontate colla figura corrispondente della corteccia normale della tavola XII. Tutte queste figure, come anche le altre, appartengono alla corteccia dei lobi frontali e sono ricavate da preparati colorati col metodo al bleu di metilene di Nissl. Esse furono ottenute con un Planar 1: 4,5; F =20 mm. senza oculare, ad una distanza di m. 2,30, e rimpiccolite, nella riproduzione, di un terzo. Mentre nella figura della corteccia normale l'ordine delle cellule nervose e riconoscibile distinta-

mente in file approssimativamente parallele e che sono separate dai fasci di fibre che non sono colorate, questa regolarità è fortemente diminuita nella fig. 1 della tavola V e non esiste affatto nella fig. 2. Le cellule stesse nel primo quadro mostrano, nei punti indicati con la lettera A, contorni distinti frastagliati che sono caratteristici della sclerosi cellulare; a motivo del loro colorito più scuro la loro fine struttura si può riconoscere molto meno che nel quadro normale di confronto, anche in parte per la riproduzione non molto perfetta. In alcuni punti, specialmente in vicinanza dei grossi vasi, si vedono lacune che stanno forse ad indicare la scomparsa delle cellule nervose; e tale scomparsa risalta tanto meglio in quanto che le cellule in generale sembrano un po' più strette che nella corteccia normale verosimilmente perchè le parti corticali frapposte sono scomparse. La seconda figura di corteccia paralitica mostra una quantità di profonde alterazioni delle cellule nervose. Le forme più evidenti sono anche qui quelle della sclerosi (*a*). La grande maggioranza però si trova in uno stato più o meno progredito di disfacimento. Specialmente negli strati più profondi prevale quel processo morboso descritto da Nissl come profonda alterazione. I nuclei fortemente raggrinzati, di colorito molto scuro, indicati con la lettera *b* come in molti altri punti, si distinguono molto bene dal corpo cellulare impallidito.

Forse si potrebbe pensare di mettere lo speciale aspetto della corteccia a carico delle alterazioni della *nevroglia*, le quali sogliono essere nella paralisi progressiva molto estese. Specialmente dai classici lavori di Weigert (1) sappiamo che ogni lesione del tessuto nervoso è accompagnata di regola da proliferazione della circostante nevroglia. Infatti anche nella paralisi progressiva, corrispondentemente alla distruzione di una grande quantità di cellule e di fibre, riscontriamo una notevole proliferazione nel tessuto di sostegno, che suole manifestarsi con le figure cariocinetiche. I nuclei sembrano aumentati in modo considerevole, i fasci delle fibre sono fortemente ispessiti. Nelle tavole non risaltano questi fatti, perchè il colore non è adatto a dimostrarlo. Invece la fig. 4 della tav. IV può dare una rappresentazione della spessa rete di fibre di glia che si sviluppa nella paralisi progressiva, specialmente negli strati corticali superiori. Questa figura riportata da un pezzo di corteccia, trattata col metodo di Weigert si

(1) C. Weigert, *Beiträge zur Kenntnis der normalen menschlichen Neu-*

è ottenuta con l'obbiettivo apocromatico di Zeiss di 2 mm., apertura 1.30, oculare 2 ad una distanza di 50 cm. ed è ingrandito 500 volte. Specialmente interessanti e conosciute già da lungo tempo sono quelle forme alle quali si suole dare il nome di astrociti o *cellule aracniformi* (*Spinnenzellen*), e che giungono spesso ad uno sviluppo addirittura straordinario. Come ha dimostrato Weigert esse sono cellule di glia che servono per così dire di punto di appoggio a numerose fibre da esse formate e che poggiano su di esse. Un esempio di ciò è dato dalla figura 2 della tavola IV. Noi riconosciamo in questa figura un gomitolo di nuclei di glia, alcuni chiari, altri oscuri, con numerose fibre serpiginose a forma di stelle. La figura, da un preparato colorato col metodo di Weigert, è stata ottenuta nello stesso modo della figura 1, solo l'ingrandimento è di 1000. Queste cellule aracniformi si riscontrano in generale più sviluppate in vicinanza dei vasi e negli strati più profondi della corteccia. Esse stanno spesso in comunicazione con la glia che circonda i vasi per mezzo di fasci di fibre. Ciò si riconosce molto bene nella figura 3 della tavola IV ottenuta nelle stesse condizioni della figura 4. Nella figura 2 la lettera *e* indica la cellula endoteliale di un capillare alla quale si appoggia una cellula aracniforme.

La maggior proliferazione della glia sta solo in rapporto generale con la distruzione delle cellule nervose. Da una parte osserviamo una estesa scomparsa cellulare senza un considerevole aumento di glia; d'altra parte troviamo spesso, in mezzo ad un tessuto di glia molto aumentato, cellule quasi o completamente normali. Per tal fatto si deve ammettere che la distruzione cellulare è in ogni modo indipendente dall'aumento della glia e non è dovuta a quest'ultimo. Il tessuto nervoso viene leso e distrutto direttamente dal processo morboso; l'aumento della glia è una manifestazione concomitante, sebbene talvolta possa mancare o anche manifestarsi più tardi.

In ogni modo quest'ultima da sola, spiega difficilmente il caratteristico reperto della corteccia dei paralitici. Sappiamo che anche in altre malattie affatto diverse, come nella idiozia, nella epilessia, nella demenza senile, si manifesta un grande aumento della nevroglia senza portare ad un tale mutamento della struttura corticale. Perciò siamo indotti a supporre che la paralisi progressiva distrugga anche altre parti di tessuto che generalmente in altre malattie vengono meno colpite. L'atrofia della corteccia, spesso già così visibile ad occhio nudo, ci potrà forse in ciò mostrare la via. Poichè nelle forme croniche spesso le cellule si addossano strettamente l'una all'altra, sicchè al campo visivo appaiono talvolta più numerose che nella corteccia normale, si potrà appena

mettere in dubbio che tra esse siano scomparsi alcuni elementi corticali. L'atrofia delle fibre che può essere ugualmente importante in altre malattie è difficile che sia sufficiente a spiegare questo fatto, piuttosto si dovrebbe pensare a estese distruzioni del *reticolo grigio*, della cui estensione e importanza abbiamo forse ancora idee troppo incomplete. Se questa opinione è giusta, allora forse la grande partecipazione della sostanza grigia-fibrillare intercellulare sarebbe la caratteristica speciale del processo patologico della paralisi.

Finalmente tra i reperti patologici della corteccia cerebrale dobbiamo ricordare ancora le alterazioni vascolari. Da una parte si tratta di un aumento più o meno considerevole dei vasi sanguigni, talvolta anche di una dilatazione di questi, inoltre anche dell'ispessimento delle loro pareti; a volte l'ingrandimento del lume vasale può rendersi manifesto al taglio già ad occhio nudo. Talvolta si hanno restringimenti, più raramente piccoli aneurismi e emorragie capillari. In qualche caso si riscontrano degenerazioni ialine e colloidi delle pareti vasali (1).

Nelle figure della tavola V l'ispessimento vasale, che si vede non molto bene nella figura normale di confronto, risalta senz'altro, specialmente nella figura 1. Inoltre specialmente nella figura 2 si vedono in modo distintissimo molti piccoli vasi tra le cellule nervose, alcuni dei quali sono indicati con la lettera *g*. Da una parte si tratta in tali casi di una vera proliferazione vasale, in parte però di un maggior risalto dei vasi corticali dovuto all'infiltrato nel quadro corticale. Una importanza speciale sembra abbia la caratteristica infiltrazione delle guaine linfatiche che in questa forma e in siffatta estensione riscontriamo solo nella paralisi progressiva. Da un lato si tratta in questo reperto di comuni linfociti, ma sopratutto di cellule *plasmatiche* (Plasmazellen) esattamente descritte da Marschalko, che nella paralisi progressiva riempiono in quantità straordinaria le guaine linfatiche dei vasi e formano come un manicotto a questi ultimi, mentre esse non si riscontrano nel cervello che nelle infiammazioni purulente come, p. e., in vicinanza degli ascessi o di noduli tubercolari. Nelle due figure questo modo di circoscrivere i vasi di grande quantità di cellule plasmatiche presenta un colorito oscuro che è senz'altro riconoscibile e si estende fino ai più piccoli capillari. Vogt (2) trovò numerose cellule plasmatiche in 14 paralitici da lui esaminati, mentre

(1) Alzheimer, *Archiv f. Psychiatrie, XXX*, 18.

(2) Vogt, *Monatschrift f. Psychiatrie IX*, 211; Mahaim, *Bull. de l'académie royale de médecine de Belgique*, 27. Juli 1901; 27. Dez. 1902.

mancarono completamente in 23 soggetti sani di mente e ugualmente in 40 soggetti alienati, ma non paralitici. In un altro caso appartenente a questi ultimi, furono riscontrate poche cellule plasmatiche, e solo in un ultimo caso di idiozia e di epilessia, il cui quadro morboso non escludeva per lo meno la possibilità di una paralisi progressiva giovanile, si riscontrò un reperto analogo a quello della paralisi.

I reperti finora ottenuti hanno confermato l'idea che le cellule plasmatiche si incontrino nel quadro anatomico della paralisi progressiva in modo tale come non viene mai osservato nè nei normali nè nei soggetti adulti malati di altre malattie mentali. Per questo fatto parla anche il reperto di Vogt, che cioè la distribuzione delle cellule plasmatiche nella corteccia suole in generale corrispondere completamente all'estensione del processo morboso paralitico; si riscontrarono più numerose nella corteccia dei lobi frontali, mentre erano più rare nella corteccia dei lobi occipitali, anzi qui sovente mancavano. Si riscontrano specialmente nei periodi acuti della malattia, e in seguito possono andare a poco a poco scomparendo. La fig. 5 della tavola IV dimostra molto distintamente le caratteristiche cellule, riguardate come provenienti dai linfociti, nella membrana avventizia di un capillare dilatato verso l'alto, col loro protoplasma colorato inegualmente, ammassato in alcuni punti della periferia e con gli spazi chiari assai appariscenti. Distinguiamo qui forme più grandi e più allungate, altre più piccole, rotondeggianti, più intensamente colorate, strette densamente le une alle altre. La figura venne ripresa con un ingrandimento di 1000 volte, ugualmente come nella fig. 2.

Un'altra forma cellulare caratteristica il cui reperto sembra stia in stretto rapporto col processo morboso della paralisi progressiva è quella che è stata da poco tempo descritta da Nissl col nome di *cellula a bastoncello* (Stäbchenzellen), di forma allungata, molto stretta, talvolta contorta, che consiste quasi solamente di un nucleo chiaro insieme ad alcuni corpiccinoli nucleari che sorpassano ora più ora meno il corpo cellulare nelle due terminazioni. Generalmente si trovano in vicinanza dei vasi in ordine parallelo alle cellule nervose, e si riscontrano in grande numero solo nella paralisi progressiva o a volte anche in grandissima quantità. La figura 6 nella tav. IV mostra una cellula a bastoncello con un piccolo restringimento e con un corpo cellulare molto lungo e filamentoso, nel quale si possono riconoscere gli accenni di una diramazione. Nella figura 2 si riscontrano, indicati con la lettera *s*, tali cellule, una delle quali apparisce più ricurva.

Se ci facciamo ora la domanda fino a qual punto le descritte lesioni corticali siano caratteristiche del processo morboso della pa-

ralisi progressiva, dobbiamo convenire che ogni singola lesione può essere osservata in altre forme morbose. Tuttavia il complesso di queste lesioni, specialmente se si riscontrano in diversi punti della corteccia cerebrale, ci permette con eguale sicurezza come dal complesso dei sintomi clinici, ognuno dei quali per sè non sarebbe patognomico, di giungere alla conclusione che si tratti di un determinato processo morboso caratteristico. Di tutte le lesioni descritte sembra che l'accumulo delle cellule plasmatiche nelle guaine vasali sia quello che abbia maggior importanza per la diagnosi anatomica della paralisi progressiva, benchè anche in altre malattie si possano presentare e specialmente nelle meningo-encefaliti tubercolari e sifilitiche, ma si distinguono essenzialmente dalla paralisi progressiva per altre loro caratteristiche. Possiamo quindi essere autorizzati a riunire in una unità clinica quei quadri morbosi paralitici nei quali vengono riscontrate le cellule plasmatiche.

Oltre alle più fini alterazioni noi riscontriamo nella corteccia anche piccolissimi rammollimenti e zone, che si distinguono per la loro facile asportazione dagli strati corticali superficiali o dalla sostanza bianca sottostante. Distruzioni grossolane della corteccia, come si potrebbero supporre specialmente per potersi spiegare gli attacchi paralitici, sono in realtà rare. Al contrario Lissauer, Starlinger e altri (1) hanno fornito la prova che i sintomi a focolaio riscontrati in vita, quali le paralisi circoscritte e la emianopsie, la sordità verbale, la cecità sensoriale e l'afasia, non solo si possono dimostrare nella corteccia per profonde lesioni di determinate zone ben delimitate, ma da questi focolai si potevano seguire le lesioni secondarie di fibre fino al midollo allungato, ai gangli della base, ai peduncoli e anche fino al midollo spinale. In alcuni casi sono state osservato anche gomme più o meno estese.

Alterazioni simili a quelle della corteccia cerebrale sono state riscontrate molto esattamente nelle altre parti del cervello, come può essere dimostrato con la grande diminuzione del peso. La sostanza bianca degli emisferi presenta di regola una atrofia delle fibre che solo a volte risparmia alcuni fasci più compatti. Più rari sono i focolai degenerativi a chiazze o in conseguenza di distruzioni corticali circoscritte, la degenerazione a nastro di determinate vie di congiunzione. Nei grossi gangli della base, nel grigio ventricolare e ugualmente nel

(1) Starlinger, *Monatsschr. f. Psychiatrie VII*, 1; Storch, *idem*, *IX*, 401.

cervelletto si è potuta dimostrare una estesa atrofia delle fibre. Lissauer in casi nei quali erano state colpite alcune regioni corticali della volta e occipitali, riscontrò l'atrofia delle fibre completamente circoscritta alle regioni corrispondenti ai corpi quadrigemini. Weigert ha trovato nello strato granulare del cervelletto estese proliferazioni di glia e conclude affermando l'esistenza di una distruzione delle ramificazioni delle cellule di Purkinje; anche Raecke (1) che esaminò 15 casi, riscontrò un grande aumento della glia specialmente nello strato molecolare con diminuzione e talvolta atrofia delle cellule di Purkinje. I singoli giri del cervelletto sembravano rimpiccioliti e contorti. Lo stesso autore ha potuto dimostrare alterazioni patologiche nel pulvinar, nella capsula interna, nella sostanza grigia mediale del corpo quadrigemino anteriore, nella formazione reticolare, nelle olive, nei nuclei del ponte e nei nuclei della fossa romboidale. Anche da molti autori si sono avuti siffatti reperti nelle più svariate regioni, specialmente nel midollo allungato e nei nuclei dell'ipoglosso.

Nel midollo spinale (2) oltre alle leptomeningiti e più raramente alle pachimeningiti, si osservano con grande frequenza le degenerazioni dei cordoni posteriori e laterali, più raramente le lesioni sono solo nei primi o negli ultimi. Fürstner riscontrò insieme lesi questi due sistemi 73 volte in 118 casi, la sola lesione dei cordoni laterali in 17 casi e dei cordoni posteriori solo 28 volte; egli tende ad ammettere che nella paralisi progressiva si ha senza eccezione la partecipazione di lesioni del midollo spinale. Le alterazioni più profonde si riscontrano per lo più nel midollo lombare e dorsale e gradualmente diminuiscono verso l'alto; spesso le due parti sono colpite in diverso grado. Alcune volte venne constatato un diffuso aumento del tessuto di sostegno. Nella fig. 1 della tavola VII è riportata una sezione di midollo di un paralitico da un preparato originale di Anglade. Questa figura fu ottenuta con il microscopio Zeiss, anastigmatico II, 1:6,3 a m. 3,30 di distanza e per la riproduzione rimpicciolito di $^1/_4$. Poichè qui sono colorate solo le fibre della glia, lo parti alterate si distinguono molto bene. Più gravemente sono colpiti i cordoni posteriori, però anche le due piramidi laterali sono lese, la destra meno della sinistra. Corrispondentemente vediamo anche nel corno anteriore sinistro numerose prolifera-

(1) Raecke, *Archiv f. Psychiatrie, XXXIV*, 523.

(2) Westphal, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XX, XXI*; Virchows, *Archiv. XXXIX*; *Archiv f. Psychiatrie, I, XII*; Fürstner, *idem, XXIV, 1*; *XXXIII*, 939.

zioni di glia. Finalmente si riscontra anche un aumento della glia nella porzione dorsale del cordone anteriore, come pure nella regione periferica del midollo, e a sinistra ciò è maggiormente pronunciato. Questa svariata e originale distribuzione delle losioni parla appunto per un processo patologico indipendente del midollo spinale. Al contrario sembra che oltre a ciò si possano avere anche processi degenerativi che debbono essere considerati quali conseguenze di processi a focolaio della corteccia. A questi casi dovrebbero specialmente appartenere quelli molto rari nei quali accanto alla degenerazione dei fasci piramidali si riscontra quella dei cordoni anteriori. In alcuni casi sono state riscontrate lesioni siringomieliche. Hoche (1) inoltre mise in evidenza diffusi processi degenerativi nelle radici anteriori e posteriori, specialmente nella regione lombare, che sembrano apparentemente indipendenti dai processi patologici del midollo spinale.

Anche nei nervi periferici, nel grande safeno, nel peroneo, nel lungo toracico, sono stati descritti processi degenerativi che si potrebbero ricondurre ai reperti della tabe e alle paralisi eventualmente osservate in vita. Per la rarità di questi reperti Furstner crede che non sia ancora possibile riferire queste lesioni alla paralisi progressiva, egli fa osservare invece che in tali casi esiste tutta una serie di altre cause, quali l'alcoolismo, la tubercolosi, il marasma, le contusioni, che secondo le sue osservazioni sono in grado di produrre processi neuritici.

Per quel che riguarda gli altri organi sono naturalmente da indicare in prima linea quelle alterazioni determinate da cause che conducono ordinariamente a morte i paralitici: polmonite, tubercolosi, processi settici, pielonefrite, ecc. Inoltre si deve ricordare anche tutta una serio di reporti, che da un lato non possono essere riguardati come processi patologici consecutivi, ma che sono d'altra parte tanto frequenti da riuscire inverosimile ammettere una coincidenza casuale. A questi appartengono innanzi tutto le diffuse lesioni vascoari, specialmente dell'aorta, che in questi casi vengono riscontrate anche in soggetti giovani e spesso sono profondamente accentuate. Straub le riscontrò nell'82 % dei suoi paralitici, e inoltre nella stessa maniera in 7 infermi luetici. Egli ha affermato che in tali casi debba trattarsi di processi morbosi vascolari sifilitici che deb-

---

(1) Hoche, *Beiträge zur Kenntnis des anatomischen Verhaltens der menschlichen Rückenmarkswurzeln*. 1891.

bono essere distinti dalle alterazioni ateromasiche dell'arterio-sclerosi, specialmente per la mancanza di tutte le manifestazioni regressive nelle pareti vasali lese. ANGIOLELLA trovò anche nel fegato e nei reni di una serie di infermi alterazioni peri-arteritiche: parecchi altri autori hanno richiamato ugualmente l'attenzione sulla frequenza delle malattie renali nei paralitici. Sono da ricordare inoltre le malattie cardiache. In 56 autopsie di paralitici compiute negli ultimi anni fu da noi riscontrata 11 volte degenerazione del muscolo cardiaco, 4 volte atrofia bruna, 3 volte cuore grasso, 4 volte endocardite, e 1 volta pericardite. L'atrofia granulare del rene fu riscontrata 6 volte. Talora furono notate anche alterazioni parenchimatose del fegato.

Da un lato le lesioni anatomiche estese e accentuate della paralisi progressiva, e d'altra parte il nostro abituale ma non soddisfacente aggruppamento clinico dei casi morbosi, hanno parecchie volte indotto a tentare la distinzione di alcuni quadri patologici sulla base del reperto anatomico (1). In prima linea si distinse quale forma speciale la tabo-paralisi, nella quale tanto clinicamente quanto anatomicamente si poteva supporre l'associazione del processo morboso tabetico con quello paralitico. Esiste infatti, come è già stato accennato, un piccolo numero di casi nei quali i sintomi della tabe si manifestano separatamente lungo tempo prima, assai più raramente, come, p. e., nel malato di TUCZEK dopo lo sviluppo del quadro morboso paralitico. In questi casi il reperto del midollo corrisponde di regola apparentemente a quello ordinario della tabe, e noi dobbiamo quindi in tali casi ammettere che si tratti semplicemente della coincidenza di due processi morbosi che altrimenti decorrerebbero in modo indipendente e differente l'uno dall'altro.

Questa osservazione però, insieme ad alcune considerazioni etiologiche, ci fa domandare se i reperti patologici dei cordoni posteriori spesso osservati nella paralisi non siano da comprendere semplicemente nelle forme tabetiche, e se la demenza paralitica, come sembra che indichi lo sviluppo della tabo-paralisi, non abbia il significato di una lesione del cervello dovuta allo stesso processo morboso che colpisce il midollo nella tabe. La discussione su tale quistione, che cioè nella paralisi non si debba vedere altro che per così dire la tabe della corteccia cerebrale, è stata molto vivace (2). I Neurologi erano per la massima parte di questo parere, mentre gli Alienisti in generale la nega-

(1) ALZHEIMER, *Centralbl. f. Psychiatrie*, 1902, 52; FURSTNER, *Monatsschr. f. Psychiatrie, XII*, 409; GAUPP, *Archiv f. Psychiatrie XXXVII*, 2.

(2) SCHAFFER, *Ueber Tabes und Paralyse*. 1901.

vano. Anche io tendo a credere che una riunione delle due malattie non sia, allo stato attuale delle nostre cognizioni, giustificata. Clinicamente si deve osservare che nella tabe noi conosciamo disturbi psichici, i quali si distinguono completamente dai quadri morbosi dei paralitici, e inoltre anche i disturbi nervosi negli ordinari processi patologici dei cordoni posteriori non corrispondono affatto a quelli della tabe. Essi si distinguono dai reperti della tabo-paralisi per la mancanza dei dolori lancinanti, delle crisi, della atassia tabetica, dei caratteristici disturbi della sensibilità cutanea. Anche i disturbi vescicali e intestinali sono meno pronunciati e le paralisi dei muscoli oculari al pari che l'atrofia del nervo ottico, che nella pura tabe vengono osservati nel 20 % dei casi, si presentano molto raramente nelle paralisi progressive non tabetiche. Così TORKEL riscontrò l'atrofia dell'ottico e le paralisi oculari solo nel 2.74 % dei paralitici, ed essenzialmente solo nelle forme tabetiche; le crisi furono osservate nella tabo-paralisi nel 73 %, per contro nelle comuni paralisi progressive con partecipazione dei cordoni posteriori solo nel 17 % dei casi. Queste differenze sono molto importanti vista la grande somiglianza delle lesioni anatomiche del midollo per la natura, la sede e la estensione. Vero è che non si può parlare di una completa uguaglianza nei reperti del midollo spinale come specialmente fu messo in evidenza assai bene da FÜRSTNER, sia pure tra la pura paralisi con partecipazione dei cordoni posteriori e la tabe. Astrazion fatta da altre più fini differenze, noi vogliamo accennare solo qui alla minore partecipazione del midollo cervicale e alle maggiori lesioni nella regione dorsale o lombare. Anche nel cervello le lesioni che talvolta sono state riscontrate nella tabe sembra che non corrispondano affatto a quelle riscontrate nella paralisi progressiva. Così EPSTEIN riscontrò nelle fibre una diminuzione assai minore nella tabe che nella paralisi, e maggiormente pronunciata nelle regioni posteriori del cervello. Per tutti questi motivi noi dovremo concludere che il processo tabetico e quello paralitico possono presentare alcune somiglianze e si possono anche occasionalmente associare l'uno all'altro, come talvolta riscontriamo anche un processo gommoso accanto alla paralisi progressiva, ma malgrado ciò debbono essere separati come essenzialmente diversi.

Dal quadro ordinario della paralisi progressiva LISSAUER ha distinto sotto il nome di *forme atipiche* quelle nelle quali il processo patologico si estende prevalentemente alle regioni posteriori del cervello e colpisce meno le regioni anteriori. A questi casi sono più appariscenti diverse manifestazioni a focolaio che sogliono seguire ad attacchi paralitici;

più frequenti sono i disturbi unilaterali. Tutto il decorso della malattia è fatto *a poussè*, e somiglia quindi a quello dell'epilessia corticale: la demenza progredisce più lentamente e in modo meno generale. ALZHEIMER stima che la frequenza di queste paralisi progressive di LISSAUER sia del 15 °/₀, mentre le forme tipiche comprendono circa l'80 °/₀ dei casi. Il rimanente 5 °/₀ si suddivide secondo lui in vari piccoli gruppi. Egli distingue innanzi tutta la forma *fulminante*, che decorre col quadro del delirio acuto e va unita a gravi lesioni acute di tutto il cervello; poi una forma con predominante partecipazione del cervelletto in cui predominano anche clinicamente i sintomi di una malattia cerebellare. Inoltre i casi molto rari nei quali indipendentemente e in primo luogo sembra siano colpiti i corpi *quadrigemini*. Questo autore tende anche a distinguere isolatamente le paralisi progressive *senili* che si sviluppano in età avanzata e che si distinguono per la estesa distruzione del tessuto nervoso accanto a poco rilevante proliferazione della glia, e clinicamente per la minore evidenza dei disturbi somatici di fronte alla demenza; questi quadri si avvicinano maggiormente al quadro della demenza senile.

BINSWANGER ha tentato ugualmente la riunione di quadri morbosi paralitici sotto il punto di vista anatomo-patologico. Egli distingue una forma « meningitico-idrocefalica » che è caratterizzata da un decorso remittente, da gravi attacchi paralitici con manifestazioni di eccitamento e di paralisi motoria generale e localizzata, e da violenti stati di agitazione con completo stupore, incoerenza e disorientamento; anatomicamente viene caratterizzata da accentuata leptomeningite con grande distruzione di fibre e dilatazione dei ventricoli cerebrali. La seconda forma « emorragica » abbraccia la maggior parte dei casi a decorso subacuto e ha la sua caratteristica in speciali fenomeni di eccitamento motorio, nel tremore grossolano generale o nelle contrazioni coreiche; il reperto anatomico dimostra, accanto alle usuali lesioni, molteplici emorragie in parte estese, in parte capillari, che si ritengono dovute ad una estesa degenerazione jalina dei vasi. A ciò si deve aggiungere che secondo l'osservazione di altri autori le emorragie estese non rientrano affatto nel reperto usuale della paralisi progressiva. In una terza forma BINSWANGER rimette le « tabo-paralisi » a decorso lento e con scomparsa delle fibre, estendentesi preferibilmente alle regioni posteriori del cervello; infine una forma « periferico-neuritica-viscerale » che insieme a gravi disturbi nutritivi generali e locali suole essere caratterizzata da dolori viscerali e da altre penose sensazioni, senza che si distingua fino ad ora per un caratteristico reperto anatomico. La suc-

cessiva investigazione clinica e anatomica ci insegnerà fino a qual punto i rapporti tra lesioni cerebrali e sintomi morbosi ci permettano in vita di prevedere i reperti anatomici e viceversa.

La demenza paralitica è solo da un tempo relativamente breve conosciuta intimamente. Eccezion fatta di alcuni accenni incerti, sembra che per il primo HASLAM circa 100 anni fa, abbia dato la prima descrizione esatta della malattia, che poi all'inizio del 1800 fu studiata profondamente specialmente dagli Alienisti francesi. Per la originalità e la gravità del quadro clinico appare facile il supporre che la malattia abbia raggiunto solo nel nostro secolo la sua attuale frequenza. Attualmente appartengono, in Germania, a questa malattia, in media circa il 10-20 % di tutti i casi di malattie mentali; però questo rapporto va soggetto a straordinarie oscillazioni (1). In un grande numero di Manicomi il rapporto dei paralitici con gli altri infermi è cresciuto negli ultimi decenni in modo considerevole, come ha dimostrato KRAFFT-EBING; molto più rara e la constatazione opposta. Veramente è difficile dire fino a qual punto abbia parte in ciò la delimitazione più o meno estesa della malattia. Io personalmente non credo tanto sicura la diagnosi di paralisi progressiva, specialmente quando essa non si appoggi alla considerazione di tutto il decorso, da poter dedurre senza altro, dai dati statistici dei diversi osservatori, conclusioni intorno alla frequenza della malattia in epoche differenti. Presso noi un tale confronto condurrebbe alla conclusione ingannatrice che la paralisi progressiva sia cioè divenuta molto più rara nel decorso degli anni, perchè io per una serie di diagnosi sbagliate son divenuto sempre più cauto a indicare con tale diagnosi i casi non completamente sicuri. Malgrado ciò un certo aumento della paralisi progressiva sembra sia molto probabile. Sono specialmente le osservazioni fatte nelle grandi città che lo indicano. Le cifre che a Berlino e a Monaco riguardo ai paralitici ascendono al 36 %, e nell'ospedale della Charité fino al 45,6 %, sono così elevate e in tale continuo aumento che le dette sorgenti di errore non possono avere grande importanza. I casi di paralisi progressiva in queste città ascendono ad un numero maggiore del doppio che non in Asili circondati da popolazione dedita alla vita dei campi, sicchè questo fatto, per il rapido accrescimento della

(1) WOLLENBERG, *Archiv f. Psychiatrie, XXVI*, 2; GUDDEN, *idem*; v. KRAFFT-EBING, *Jahrb. f. Psychiatrie XIII*, 2 u. 3; OEBECKE, *Allgem Zeitschr. f. Psychiatrie, XL*; HIRSCHL, *Jahrbucher f. Psychiatrie, XIV*, 321; BÄR, *Die Paralyse in Stephansfeld, Diss. Strassburg* 1900.

popolazione urbana, rende verosimile un aumento nella frequenza della paralisi progressiva. In alcuni paesi, p. e., in Islanda, la paralisi progressiva è quasi sconosciuta; tra i negri dell'America del Nord ha acquistato una certa estensione solo nell'ultimo decennio. Per quel che riguarda il sesso, i maschi vi partecipano 2-5 volte più che le femmine. Nei passati decenni si riteneva che il rapporto fosse di 1 : 8 o 7. Buchholz lo vide diminuire nei due decenni 1877-1897 da 7,2 a 6,5. La frequenza relativa della paralisi progressiva nelle donne è quindi aumentata, specialmente nelle grandi città. Nelle donne di classe elevata la malattia è molto rara e delle forme cliniche quella che, secondo la mia esperienza, è particolarmente frequente, è la depressiva; le forme agitate sono relativamente rare (1). Io non posso per ora confermare che la durata media della malattia sia maggiore nelle donne, ma ciò viene riferito da alcuni osservatori; Bär riscontrò una durata di 33 mesi in media negli uomini e di 47 nelle donne, Sprengeler di 30 mesi negli uomini, 41 $^1/_2$ nelle donne.

Il quadro percentuale riportato nella figura, e basato sull'osservazione di 249, casi dà schiarimenti sulla partecipazione delle singole età. La maggiore frequenza si ha quindi fra noi nel quinquennio tra i 40 e i 45 anni; prima del 25.° e dopo il 55.° anno di età vengono osservati solo vari casi; l'81 % di tutti i malati si riscontra tra il 30.° e il 50.° anno. L'età media per l'inizio della malattia si riscontra vicino al 40.° anno.

Riguardo a tutti questi rapporti esistono però indubbiamente differenze locali; a Berlino e a Vienna, p. e., la maggioranza ammala tra il 35.° e il 40.° anno di età. Nelle forme che si manifestano nella gioventù sembra che predominino le forme espansive e agitate, più tardi le forme depressive. Le donne ammalano per lo più in età più avanzata. Dei miei infermi il 46,6 % degli uomini e il 29 % delle donne, non avevano ancora oltrepassato, all'inizio della malattia, il 40.° anno di età. È perciò che si volle attribuire anche al climaterio una certa importanza per la insorgenza della paralisi progressiva nella donna.

Le osservazioni compiute a Berlino indicano che nel sesso femminile va aumentando la partecipazione alla paralisi progressiva della età giovanile. D'altra parte anche le età più avanzate sembra che offrano, in confronto con l'eta media, una crescente tendenza alla malattia, mentre una partecipazione maggiore dell'età giovanile alla paralisi pre-

(1) Jahrmärcker, *Allgem. Zeitschr. f. Psych. LVIII*, 1.

gressiva sembra pure verificarsi Specialmente nel decorso dell'ultimo decennio si è riscontrato un grande numero di casi di paralisi progressiva in persone giovanissime; in alcuni casi perfino a 8 e 10 anni. Per lo più s'inizia circa verso il 14.° anno, fatto questo che potrebbe indicare una certa influenza della pubertà sulla malattia. È regolare il fatto che in questi casi ambedue i sessi vi partecipino presso a poco in numero uguale. Sembra che nella genesi abbia una gran parte la predisposizione ereditaria; si riscontrò spesso specialmente la paralisi progressiva nei genitori, ed anche l'alcoolismo e la sifilide. ALZHEIMER (1) ritiene che circa nel 70 % dei casi

Fig 28 — Frequenza della paralisi progressiva nelle diverse età.

sia sicuro o molto probabile un rapporto con la sifilide. HIRSCH in 20 casi riscontrò la sifilide ereditaria sicuramente 17 volte e una volta probabile. La forma clinica consiste per lo più in una demenza

(1) ALZHEIMER, *Allgem Zeitschr. f. Psychiatrie*, *LII*. 3; THIRY, *De la paralysie progressive dans le jeune âge*. 1898; HIRSCHL, *Wiener Klin. Wochenschr*. 1901, 21 : v. RAD, *Archiv f. Psychiatrie, XXX*, 82; MINGAZZINI, *Monatsschr. f. Psychiatrie, III*, 53; FRÖLICH, *Ueber allgemeine progressive Paralyse der Irren vor Abschluss der korpelichen, Entwicklung*, Diss. 1901.

uniforme, inoltre si manifestano frequenti attacchi, disturbi coreici e forte accentuazione dei fenomeni paralitici; anche l'atrofia dell'ottico sembra che si manifesti molto spesso. Il decorso fu per lo più di 3-4 anni, a volte oltre i 7. Il reperto anatomico è lo stesso di quello che si riscontra nei paralitici adulti.

Gli individui celibi sembra siano più in pericolo dei coniugati. Tra le forme di paralisi giovanile descritte nelle donne si trattava frequentemente di prostitute; le donne paralitiche sono frequentemente sterili. Non molto raramente si osserva che due coniugi divengono contemporaneamente o l'un dopo l'altro paralitici o tabetici. Räcke (1) ha riunito 69 di queste osservazioni. In 27 casi ambedue i coniugi divennero paralitici, in 22 casi tabetici; 14 volte si riscontrò la paralisi nell'uomo e la tabe nella donna, 6 volte avvenne il contrario. Sembra quindi che l'uomo abbia più tendenza della donna alla paralisi progressiva e suole anche ammalare prima della donna. Di grande interesse sono inoltre quei casi nei quali divengono paralitici i genitori e i figli. Amelien ha fatto questa osservazione 6 volte sopra 238 casi, una volta erano infermi due fratelli, un'altra volta ugualmente due fratelli, una sorella dei quali era colpita da tabe. In uno dei miei paralitici anche il padre e il nonno erano stati paralitici. Nella paralisi progressiva giovanile è più frequente la eredità similare. Frölich vide la paralisi progressiva nel 16,4 % dei genitori, inoltre nel 13 % dei casi in questi ultimi si manifestò tabe, emiplegia o apoplessia. La trasmissione sembra che preferisca il medesimo sesso; più volte la malattia si riscontrò in vari figli.

Le grandi città dànno una percentuale di paralitici molto più alta che le popolazioni delle campagne. Secondo Emminghaus la paralisi progressiva è relativamente rara in Friburgo, che ha un circondario in cui prevale una popolazione rurale, mentre la popolazione della Baviera del Nord raggruppata prevalentemente in città dimostra un numero sufficientemente grande di paralitici. Hoppe tra la popolazione di Altscherbitz riscontrò l'uno per 3000 tra gli abitanti di città e solo l'uno per 9000 tra gli abitanti delle campagne infermi di paralisi progressiva. Eisath stima che il numero dei paralitici del Tirolo, che è essenzialmente campestre, rappresenti il 5,4 % dei casi accolti nel Manicomio.

Tra le professioni, gli ufficiali, i mercanti, i vigili, gli impiegati di ferrovia sono i più colpiti, mentre i preti cattolici diven-

---

(1) Räcke, Monatsschr. f. Psychiatrie vi, 266; Mönkemöller, idem, viii, 421.

gono molto raramente paralitici. CABOURAU riscontrò tra i sacerdoti solo l'1,9 % di paralitici di fronte al 17,5 % di individui di altra professione. Anche KRAFFT-EBING tra 2000 paralitici non vide alcun prete cattolico, viceversa tra gli ufficiali alienati, riscontrò il 90 % di paralitici.

L'influenza della predisposizione ereditaria, e in ciò la maggioranza degli osservatori è d'accordo, ha una importanza minore che nelle altre malattie mentali, mentre sembra che nella paralisi giovanile abbia una importanza maggiore. Secondo le mie osservazioni una predisposizione ereditaria risultò nel 50 % di quei casi nei quali si potè avere notizie sicure e si riscontrò un po' più negli uomini che nelle donne. HOPPE riscontrò la predisposizione nel 41,9 % negli uomini e nel 39,2 % nelle donne. KOLLER invece nel 70,9 % dei casi, ma egli la riscontrò anche nel 59 % dei soggetti non malati di mente. Egli quindi ha inteso il concetto della predisposizione con una straordinaria larghezza. NÄCKE recentemente, secondo me senza motivi sufficienti, ha accentuato molto l'influenza della eredità nella paralisi progressiva e ha parlato anzi di un « paralitico nato ». PILCZ al contrario riscontrò l'eredità solo nel 18,7 % dei suoi casi; egli notò inoltre il fatto che nei paralitici i segni degenerativi sono molto rari. Specialmente constatò che la grande apertura delle braccia che nei degenerati, e specialmente negli epilettici è di regola maggiore dell'altezza del corpo, si riscontra così nei paralitici solo nel 37,6 % dei casi. Da queste osservazioni si potrebbe giungere alla conclusione ammessa da diversi osservatori, ma che però sembra inverosimile, che cioè il degenerato sia in un certo modo addirittura protetto contro la paralisi progressiva.

RICARD e SCHOLTEN hanno raccolto osservazioni intorno ai discendenti dei paralitici. Il primo riscontrò su 49 matrimoni di paralitici 152 gravidanze, delle quali 61 terminarono coll'aborto. Dei bambini nati a termine ne morirono 22 nei primi 3 anni. SCHOLTEN riferisce come da 23 paralitici nacquero 137 bambini dei quali 26 morirono nel 1.° anno, 36 altri soffrirono di disturbi nervosi. Si potè quindi riconoscere come la frequenza di queste malattie giunse fino al 48,9 % nei bambini nati durante i 10 anni antecedenti all'inizio della paralisi progressiva e solo al 13,6 % nei bambini nati in periodi anteriori.

Tra le *cause* della paralisi progressiva dobbiamo porre in primissima linea la *sifilide*. Questa si riscontra con grande frequenza e nell' anamnesi dei paralitici, sebbene manifestazioni morbose sifilitiche attuali si possano constatare solo relativamente di rado. Insieme

a ciò si accorda l'osservazione che sono preferibilmente le forme sifilitiche lievi che stanno in rapporto causale con la paralisi progressiva, forse perchè in queste frequentemente non viene praticata una cura completa. L'intervallo tra il contagio luetico e l'inizio della paralisi progressiva va soggetto ad oscillazioni molto grandi. Di 21 casi nei quali io ebbi occasione di sapere esattamente quale fu l'intervallo, questo in 8 casi fu minore di 10 anni, in altri 8 casi fu da 10 a 20 anni, il più breve fu di 2 anni, il più lungo di 31 anno. Bär vide oscillare questo periodo tra i 3 e i 26 anni, Hoppe tra i 3 e i 23 anni. Hirschl che riferisce sopra 78 casi, dice che in 23 casi la paralisi s'iniziò durante i primi 10 anni dalla sifilide, in 40 casi tra i 10 e i 20 anni dopo il contagio. La durata media dell'incubazione ammontò a circa 15 anni, i limiti tra 2 e 29. Questo autore, riferendosi alla opinione di Obersteiner, ammette che questi rapporti di tempo corrispondano presso a poco a quelli della sifilide terziaria. Anche l'età nella quale s'inizia con maggiore frequenza la paralisi giovanile, il 15.° anno di età, potrebbe come egli rileva, essere in relazione con la usuale durata di incubazione della malattia.

Riguardo alla frequenza con la quale è stata osservata la sifilide negli antecedenti dei paralitici, i dati sono molto lontani l'uno dall'altro; secondo il lavoro riassuntivo di Sprengeler va da 1,6 fino al 93 °|₀. Dalle mie note risulta sicuramente la sifilide, e ciò va d'accordo con le osservazioni di Gudden fatte nell'ospedale della Charité, circa nel 34 °|₀ dei casi di sesso maschile. Una certa probabilità di sifilide esiste inoltre in altri casi. Nelle donne non mi è riuscito su questo punto avere una sufficiente certezza; regolandosi sulla presenza degli aborti risulterebbe un rapporto approssimativo a quello degli uomini. Wollemberg ammette sifilide certa o molto probabile, almeno nella metà delle sue inferme di paralisi progressiva. Sprengeler riscontrò nell'anamnesi del 41,5 °|₀ dei paralitici sicuramente la sifilide, Räcke la riscontrò sicura nel 57,3 °|₀, probabile nel 20,9 °|₀. Nelle statistiche più recenti le cifre in generale aumentano gradualmente. Törkel in passato aveva ammesso la sifilide nel 42 °|₀, negli ultimi anni nel 51 °|₀ nei casi di tabo-paralisi, poi l'aveva ammessa nel 64 °|₀, attualmente nel 75 °|₀. Hougberg giunge anzi fino al 75,7-86,9 °|₀. Hirschl tra 200 infermi riscontrò nel 6 °|₀ i segni sicuri della contratta lues. Dall'anamnesi di 175 infermi di paralisi progressiva egli potè dedurre nel 56 °|₀ sicuramente la sifilide, nel 25 °|₀ probabile, mentre solo nel 19 °|₀ mancavano utilizzabili punti di appoggio. Naturalmente per motivi facili a comprendere è molto difficile poter avere notizie

degne di fede sopra le malattie sifilitiche sofferte, sia perchè la malattia non fu riconosciuta, sia perchè viene spesso tenuta celata. Così HIRSCHL ha potuto constatare come non meno del 36,5 % di malati di accertata sifilide terziaria non potevano dare alcuna notizia riguardo al contagio o riguardo a malattie luetiche anteriori. Tutte le cifre riguardo al numero dei sifilitici nei paralitici, rappresentano quindi solo il limite inferiore della frequenza di una lues. Specialmente istruttivo è il confronto tra gli alienati paralitici e i non paralitici. EISATH nei primi riscontrò sicuramente lues nel 27 %, dubbia nel 34 %, negli ultimi sicuramente nell'1,3 %, dubbia nell'1, 8 %. HOPPE riscontrò la sifilide nel 34,6 % degli uomini paralitici e nel 23,5 % delle donne, negli uomini non paralitici riscontrò la sifilide nel 10,9 %, nelle donne nel 2,6 %.

Ad ogni modo non esiste dubbio sul rapporto tra sifilide e paralisi progressiva. HEIBERG avrebbe riscontrato a COPENAGHEN come ad un aumento delle malattie sifilitiche corrispondesse dopo 15 anni (12 anni d'intervallo, 3 anni di durata della malattia) un acme dei casi letali paralitici. KRAFFT-EBING (1) ha riferito inoltre sugli esperimenti fatti da un medico finora non conosciuto con inoculazioni di sifilide a 9 paralitici, nei quali non esistova alcuna ragione per ammettere un antecedente contagio. In nessuno di questi casi si svilupparono manifestazioni secondarie. Da ciò si è concluso che in questi infermi, molto probabilmente, aveva preceduto la sifilide. In ugual senso si è spiegata la mancanza di manifestazioni primarie nei paralitici, benchè essi nel loro stato di eccitamento si espongano abbastanza frequentemente al contagio. Anche alcuni punti della suddetta predisposizione generale, specialmente la differenza che vi è tra la città e la campagna, la rarità dolla paralisi progressiva nolle donne delle classi elevate e nei preti cattolici, la sua frequenza negli ufficiali, nei mercanti, nelle prostitute, il caso di coniugi e di fratelli paralitici, sono con grande verosimiglianza dovuti al rapporto tra paralisi progressiva e sifilide, e lo stesso significato ha la partecipitazione differente dei due sessi, perchè anche in riguardo alla sifilide si riscontra una donna inferma sopra 4 uomini. L'iniziarsi della paralisi progressiva nelle donne giovanissime e in quelle piuttosto di età adulta fa pensare che nel primo caso la sifilide sia stata acquisita prima del matrimonio, nel secondo caso durante questo. Molto interessante è il fatto che addirittura la mag-

(1) KRAFFT-EBING, *Die Aetiologie der progressiven Paralyse*, *Arbeiten II*, 12. 1897.

gioranza degli alienisti francesi nega alla sifilide una importanza causale per la paralisi progressiva e invece ritiene questa dovuta, nella maggioranza dei casi, all'abuso dell'alcool (1). Le nostre osservazioni compiute in Germania conducono nei due sensi a risultati molto diversi. Recentemente però anche in Francia aumentano coloro che ritengono che la sifilide sia la causa principale della paralisi progressiva. Così Morel-Lavallée riferisce il caso di 5 uomini che s'inocularono la sifilide dalla medesima sorgente e che divennero tutti paralitici. Un caso simile a questo è quello di Broius che riscontrò l'infezione luetica in 7 operai che soffiavano il vetro e che s'inocularono la sifilide da un compagno per mezzo di un soffietto adoperato in comune; 5 di questi operai che dopo 12 anni si presentarono per essere esaminati furono riscontrati affetti sicuramente da tabo-paralisi, mentre i 2 altri erano molto sospetti di questa malattia. Tutti questi infermi erano stati subito curati con preparati antisifilitici L'opinione di Tschisch che, cioè, con una efficace cura della sifilide si possa impedire il sopravvenire della paralisi progressiva, a me sembra, e in ciò sono d'accordo con altri osservatori, non sufficientemente sicura.

Una certa difficoltà per la questione del rapporto causale tra sifilide e paralisi è data dal fatto che in alcuni paesi la prima è molto frequente, l'ultima è molto rara o del tutto sconosciuta. Bermann riscontrò in Bosnia tra 15000 malati 464 sifilitici, ma non vide alcun caso di tabe e uno solo di paralisi progressiva, che inoltre era stato importato da altri paesi. Analogamente Ostrowstkich riscontrò in Persia tra 7000 infermi molti sifilitici, ma nessun paralitico nè tabetico. In Abissinia si dice che l'80 % della popolazione sia sifilitica, malgrado ciò, a quanto sembra, non esistono casi di paralisi progressiva. Anche tra i maomettani dell'Algeria, secondo i rapporti dei medici francesi, malgrado sia molto diffusa la sifilide, si dice che la paralisi progressiva si riscontri solo in casi vari e specialmente in quelli che hanno cambiato le loro abitudini di vita antecedenti e hanno adottato quelle degli Europei.

Una spiegazione di queste osservazioni affermate da molte parti è difficile dare. Da una parte è impossibile negare che presso di noi la sifilide rappresenti una condizione essenziale per lo sviluppo della paralisi progressiva. Se veramente si vuol dare peso al fatto che non

---

(1) Mairet et de Vires, *de la paralysie générale, étiologie pathogénie, traitement*, 1898; Ballet, *Annales médico-psychologiques, VIII*, 7, 448; 464; 1898; VIII, 8, 276.

sempre la sifilide si può dimostrare nell'anamnesi, sebbene tale obbiezione secondo quanto dicono i sifilografi non abbia molta importanza, dovremo però giungere alla conclusione che i casi di demenza progressiva con paralisi dovuti alla sifilide, formano un gruppo morboso unico e separato, al quale con maggiore opportunità si dovrebbe dare il nome di paralisi progressiva. A favore di ciò parlerebbe specialmente, insieme ad altre ragioni, anche il caratteristico reperto anatomico che distingue la grande massa dei quadri morbosi clinicamente compresi sotto il nome di paralitici, dal numero molto più piccolo delle altre malattie diffuse della corteccia. D'altra parte con probabilità la sifilide non produce in tutte le circostanze la paralisi progressiva. Anche se facciamo astrazione dalla predisposizione personale, che è già sempre di essenziale importanza per il destino del sifilitico, debbono avere anche una gran parte alcune cause più generali.

Innanzi tutto si potrebbe pensare alla differente tossicità del materiale di contagio. Noi sappiamo che la *lues* nel decorso di secoli ha presentato forti cambiamenti, potrebbe quindi essere che anche attualmente vi fossero differenze locali nel suo modo di manifestazione. Per tale fatto può parlare forse la osservazione che la *lues* in Abissinia come nell'Africa Orientale decorre in modo lievissimo, tanto che sono molto rare le gravi malattie delle ossa. Appunto la estesa infezione nel popolo, forse anche il clima potrebbe avere causato una attenuazione del virus. Fino a qual punto simili riflessioni possano essere valide per altri paesi ciò sfugge al mio giudizio. Tuttavia le osservazioni dei medici francesi che ammettono che nell'Algeria divengano di preferenza paralitici quegli indigeni che si sono europeizzati sarebbero significanti. Però si debbono accogliere con diffidenza tali osservazioni, dovute più ad impressioni che a calcoli ben determinati. Peraltro è un fatto che da molti e specialmente da Krafft-Ebing, è stata sostenuta l'opinione che alla diffusione della paralisi oltre alla sifilide contribuiscano specialmente le influenze dolle nostre abitudini, della nostra « civilizzazione » che l'acuirsi della lotta per la vita, il correre e l'affrettarsi per guadagnare, le disillusioni, il sovra affaticamento insieme con le lesioni indotte dalla sifilide, debbano rendere infermo di paralisi il cervello. Debbo però confessare che io non sono pienamente d'accordo in questa opinione. Sotto l'impero dei Cesari, nella guerra dei 30 anni, nel periodo della rivoluzione francese, la vita psichica della grande massa del popolo fu esposta cortamente a scosse simili, se non forse maggiori che quelle dei nostri tempi, e malgrado ciò non esisteva la paralisi progressiva. Anche gli abitanti dell'Algeria,

quelli che sono più europeizzati, vengono difficilmente colpiti tutto ad un tratto dai così detti pericoli della nostra civilizzazione, da poter spiegare con ciò la presenza della paralisi progressiva. Meglio potrebbe pensarsi che essi abbandonando le loro abitudini nazionali possano venire più facilmente in contatto con la sorgente di infezione.

Una tale sorgente potrebbe essere il contagio della sifilide europea non attenuata. Sarebbe anche probabile l'ammettere che in tali casi abbia una certa parte l'azione dell'alcool, almeno per quei popoli che sono astemi. Se noi dobbiamo concepire la caratteristica malattia vascolare paralitica non quale causa, ma forse piuttosto quale manifestazione concomitante del processo morboso paralitico, lo stato dei vasi non è però forse indifferente per lo sviluppo della malattia. L'esistenza della paralisi giovanile che parla così decisamente contro l'importanza causale della civilizzazione, indica pure come l'alcool non rappresenti la causa essenziale della paralisi progressiva, cosa che è stata affermata così frequentemente, specialmente in Francia e in Italia. Tuttavia è sorprendente la frequenza con la quale è stato riscontrato l'abuso di alcoolici nell'anamnesi dei paralitici. Anche lasciando da parte le cifre percentuali in parte molto alte degli alienisti dei paesi latini, anche Bär riscontrò nel 23,2 % dei suoi paralitici un grave abuso di alcool, Oebecke lo riscontrò nel 43 %, Hoppe nei suoi malati di mente potè provare abusi alcoolici in complesso nel 16,1 % degli uomini e nell' 1 % delle donne, mentre nei suoi paralitici risultò il 28,5 % e rispettivamente il 5,9 %. Volendo tener conto di tali cifre non bisogna però dimenticare come l'ubbriachezza sia molto spesso una preparazione adatta per il contagio luetico, d'altra parte un aumentato abuso di alcoolici molto spesso non è la causa, ma un segno dell'accentuarsi della paralisi.

Tra gli altri agenti nocivi ai quali si suole attribuire una certa importanza per lo sviluppo della paralisi progressiva sono da ricordare nel campo somatico le insolazioni, gli irraggiamenti di caldo alla testa e le ferite del capo. A queste ultime, in alcuni casi con grande rapidità, segue la malattia. Poichè in tali casi si tratta per lo più di giovani predisposti alle malattie mentali si ha a che fare essenzialmente, secondo l'opinione di Gudden, con uno sviluppo della malattia dovuto a lesioni cefaliche traumatiche. D'altra parte noi vediamo seguire al trauma la paralisi progressiva spesso dopo molti anni, quindi al trauma si dovrebbe piuttosto ascrivere una azione preparatoria. Naturalmente la sicurezza del rapporto diviene sempre minore, e contemporaneamente anche dubbia, se tali casi siano in verità della stessa natura e siano

da ascriversi senz'altro alla paralisi progressiva. Anche Kaplan è dell'opinione che il trauma spesso sia solo la conseguenza degli iniziatisi disturbi paralitici, cioè della inettezza di questi infermi, o di un attacco, e che d'altra parte alle malattie corticali analoghe alla paralisi progressiva successive alle lesioni del capo debba venire assegnata una posizione separata. Come influenze preparatorie o determinanti, le malattie somatiche, il puerperio, i traumi psichici, possono affrettare lo sviluppo della malattia. In tal senso una occupazione piena di responsabilità è soggetta a gravi oscillazioni emotive, le inquietudini e gli eccitamenti continui possono forse favorire lo sviluppo della paralisi progressiva; in tal modo si potrebbe spiegare la frequenza della malattia nelle grandi città. Al contrario un lavoro psichico semplice per quanto per sè stesso faticoso, ben difficilmente può avere influenza grave sullo sviluppo della paralisi progressiva. Vero è che in tutti casi non si può mai prescindere dal rapporto di frequenza della sifilide.

Se ora cerchiamo con le conoscenze attuali di farci una idea della natura del processo morboso paralitico, fin dall'inizio ci si presenta la considerazione che forse anche attualmente si raccolgano sotto il quadro clinico della demenza progressiva con paralisi, diverse forme morbose che solo una più intima conoscenza della anatomia patologica può insegnarci a distinguere. Si comprende senz'altro che ogni estesa distruzione della corteccia cerebrale sarà capace di produrre, presso a poco, le stesse manifestazioni. Infatti in casi che apparentemente appartengono alla demenza paralitica, riscontriamo occasionalmente alla autopsia malattie corticali molto diverse, diffuse e perfino circoscritte, delle quali in seguito parleremo più estesamente.

Malgrado ciò però può essere ritenuto come sicuro che la grande maggioranza dei casi di paralisi progressiva abbia come base un unico e determinato processo patologico, al quale corrisponde un reperto anatomico caratteristico nel suo quadro completo. L'essenza di questo processo non è dubbia se ci riferiamo a quello che si osserva al microscopio. Verosimilmente abbiamo a che fare con una *intossicazione*, che corrisponde completamente nel suo decorso alle osservazioni fatte sopra altre intossicazioni provocate artificialmente. Le iniziali manifestazioni cellulari di irritazione, la rapida distruzione, il lento raggrinzamento, l'occasionale riaccendersi del processo morboso, la possibilità di una regressione, si ripetono in modo completamente simile come nella intossicazione più o meno lenta dell'animale da esperimento do-

vuta ad un tossico qualsiasi che danneggia le cellule nervose. Non c'è bisogno di speciale spiegazione per comprendere il completo accordo dei fatti anatomici con le osservazioni cliniche della lenta demenza, dei subitanei eccitamenti e degli attacchi, e degli estesi miglioramenti. Lasciando da parte per questa considerazione la estensione delle lesioni sugli altri campi del sistema nervoso, si vede come l'intossicazione colpisca essenzialmente le cellule gangliari e sopratutto la sostanza grigia della corteccia cerebrale. La lesione delle fibre midollari è in parte da riguardarsi sicuramente come conseguenza della distruzione delle cellule e della sostanza grigia, come ha insegnato lo studio delle degenerazioni discendenti. Malgrado ciò non si può negare la possibilità che in tali casi la causa nociva agisca anche distruggendo direttamente le fibre, sicchè dovremo distinguere le vie degenerate primitivamente e quelle secondariamente. La proliferazione della glia si deve concepire, in base ad esperienze sopra animali, essenzialmente quale espressione della scomparsa di ostacolo all'accrescimento dovuta alla distruzione del tessuto specificamente nervoso, perchè si manifesta dovunque ove rimane uno spazio vuoto. La contraria opinione che la proliferazione di glia strozzi il tessuto nervoso si può dire oggi completamente abbandonata.

Il tossico del quale in tali casi si tratta deve circolare nel sangue. Per tale fatto da una parte parla la grande estensione delle lesioni a tutto il sistema nervoso, ma anche la caratteristica partecipazione dei vasi sanguigni al processo morboso. Anzi si potrebbe pensare addirittura, come è avvenuto parecchie volte, che sia innanzi tutto la malattia dei vasi cerebrali che dia il vero impulso al grave disturbo di nutrizione che si osserva nel tessuto nervoso. Tale ipotesi è tanto più facile ad intendersi in quanto che tutti gli agenti nocivi ai quali viene attribuito in genera e l'insorgere della paralisi progressiva (sifilide, alcool, emozioni), sono in grado di produrre una azione debilitante sulla tonaca muscolare vasale. Solo si deve ricordare che da una parte non si può riconoscere un deciso rapporto tra la gravità e la estensione della malattia vascolare e il resto del quadro anatomico o clinico, e che d'altra parte riscontriamo spesso anche alterazioni molto maggiori nei vasi senza che si manifesti il caratteristico disturbo della paralisi. Molto più verosimile è quindi pensare che la lesione vascolare rappresenti solo una azione parziale della stessa lesione che distrugge il tessuto nervoso e nello stesso tempo ci indica forse la porta di entrata del veleno.

Tutto il quadro clinico della paralisi progressiva dimostra, con grande sicurezza a mio avviso, che si tratti di un grave *disturbo ge-*

nerale della nutrizione, nel quale la malattia cerebrale, benchè sia la più importante e la più accentuata, pure è solo una manifestazione parziale. A fine di provare più esattamente questa affermazione, si possono indicare innanzi tutto la intera serie delle alterazioni che la paralisi, in contrasto con le pure malattie cerebrali, induce nelle più diverse parti del corpo. A questi disturbi appartengono, oltre le modificazioni vasali, anche le frequenti lesione del cuore o dei reni, che forse in parte sono in un certo rapporto con le prime, ma che in parte però indicano direttamente profonde alterazioni di tutto il processo della nutrizione. È sicuro che tali lesioni non sono provocate solamente dai precedenti dei malati, ma debbono avere un fondamento nel processo morboso stesso. Ciò è provato dal fatto che non riscontriamo queste malattie nelle altre forme della pazzia, benchè queste ultime siano spesse volte unite alle stesse circostanze sfavorevoli, ai fenomeni cioè di agitazione, di insonnia, di sitofobia, ecc. Lo stesso può dirsi per quei disturbi così accentuati che sotto il nome di disturbi « trofici » si sono creduti dipendenti dal processso patologico del tessuto nervoso. Questa spiegazione può essere affermata solo in modo limitato e al massimo per la gangrena da compressione. La aumentata fragilità delle ossa non si riscontra in alcuna malattia cerebrale a focolaio, ma invece in diversi disturbi della nutrizione generale e specialmente processi senili.

Anche le gravi oscillazioni del peso del corpo che difficilmente possono essere spiegate col contegno esterno degli infermi, parlano in favore di cause morbose che hanno una decisiva influenza sullo stato generale dell'organismo. La distruzione del tessuto nervoso nella paralisi progressiva non ci potrà mai spiegare perchè gli infermi a certi periodi della malattia presentino una fame eccezionale, la soddisfazione inconsiderata della quale porta ad un enorme accumulo di grasso nell'organismo, mentre verso la fine della malattia, si raggiunge rapidamente un altissimo grado di dimagramento. In nessun'altra malattia cerebrale si osserva alcunchè di simile. Invece ciò ci fa ricordare i fenomeni di certe malattie del ricambio materiale, specialmente quelle del mixoedema, del diabete, dell'alcoolismo cronico. Anche v. Noorden ha dimostrato che il soverchio accumulo di grasso nell'organismo indica spesso addirittura una diminuita vivacità dei processi di combustione dell'organismo, dovuta ai disturbi generali del ricambio materiale.

Noi abbiamo inoltre da pensare a quelle osservazioni già ricordate che rendono verosimile l'esistenza di mutamenti profondi nello stato del

sangue. Ugualmente gli occasionali aumenti come i durevoli abbassamenti della temperatura del corpo che si sogliono per lo più riportare a lesioni dei centri termoregolatori, dovrebbero essere spiegati come manifestazioni di intossicamento. Disturbi corrispondenti sono già conosciuti in altre intossicazioni, e basta pensare da una parte all'eclampsia, dall'altra al mixoedema. Ma anche per gli attacchi paralitici noi non possiamo quasi dare altra spiegazione se non che siano fenomeni di intossicazione. Gli attacchi uremici, eclampsici, gli accessi epilettiformi dopo l'ablazione delle glandole tiroidi, il coma diabetico, l'epilessia alcoolica sono esempi così numerosi per ammettere un tal modo di origine, da poter anche considerare tale ipotesi nella paralisi progressiva come la più naturale e la più verosimile. La occasionale violenta distruzione cellulare, come è stato dimostrato anatomicamente da Nissl, e che da Lissauer venne considerata addirittura quale causa fondamentale degli attacchi paralitici, corrisponderebbe perfettamente ad una subitanea invasione del tossico. Potremmo forse anche a tal punto ricordare le contrazioni ritmicamente corrispondenti all'onda sanguigna studiate da Kemmer. Vero è che è stato a ragione ricordato che gli attacchi paralitici portano completamente le caratteristiche di fenomeni irritativi circoscritti, che quindi difficilmente potrebbero ricondursi ad effetti tossici generali. Possiamo però immaginare in seguito ai reperti microscopici, che il tessuto corticale dei paralitici si trovi, frequentemente in gradi diversi di alterazione; quindi un veleno circolante nel sangue potrebbe abbastanza bene determinare innanzi tutto, solo in regioni specialmente sensibili della corteccia, fenomeni irritativi, che solo gradualmente vanno poi estendendosi. Si potrebbe anzi essere tentati a riportare la differenza tra le convulsioni apoplettiformi e le epilettiformi generali o limitate, ai mutevoli rapporti tra l'intensità dell'azione tossica e la sensibilità locale.

Tutte le suddette osservazioni si rendono, io credo, comprensibili, solo quando si ammetta che la paralisi progressiva, mentre interessa tutto il processo di nutrizione e talvolta anche una serie di organi, quali i vasi, il cuore, i reni, il tessuto osseo, produca nel medesimo tempo un veleno che colpisce estese regioni del sistema nervoso. Nessuna regione sembra sia completamente inaccessibile, però esistono varie differenze nella capacità di resistenza delle singole regioni e delle singole cellule. La medesima osservazione si può forse fare in altre intossicazioni, p. es., in quella da alcool. Nei diversi individui l'intossicazione alcoolica non produce sempre gli stessi disturbi psichici e nervosi e non sempre con la medesima successione. Sembra

che il veleno paralitico, analogamente a quello uremico e a quello diabetico, non giunga continuamente, o per lo meno non sempre in grandi quantità, nella circolazione sanguigna. Sembra piuttosto che si abbia temporaneamente un arresto nella sua produzione, mentre in altri periodi ne giungono agli organi quantità maggiori. Così per lo meno si spiegherebbero nel modo più semplice, da una parte le remissioni e i miglioramenti della malattia, d'altra parte gli attacchi e i peggioramenti. Non ci dovrà meravigliare se tanto le remissioni quanto i peggioramenti dei fenomeni morbosi vengano in qualche modo influenzate dalle condizioni esterne. Appunto quando lo stato generale dell'organismo è essenzialmente disturbato dalla ma attia è facile comprendere come condizioni igieniche favorevoli qua i la tranquillità, la vita regolare, una accurata nutrizione influiscano favorevolmente sull'andamento, e che invece il sovra-affaticamento, gli eccessi, le emozioni debbano influire sfavorevolmente. Inoltre si aggiunga che anche la capacità di resistenza del tessuto nervoso alla iniziantesi lesione deve essere molto diversa nei due casi.

Questo concetto della paralisi progressiva mette questa malattia, come subito si vede, in un certo rapporto col mixoedema, e inoltre col diabete, con l'osteomalacia e con l'acromegalia. Vero è che in queste ultime malattie la sostanza tossica, che senza dubbio circola nell'organismo, non è in grado di distruggere il tessuto nervoso. Abbiamo invece imparato a conoscere nella *dementia praecox* una forma di pazzia che in ogni senso serve bene come termine di passaggio tra il mixoedema e la paralisi progressiva. In questi casi il supposto veleno non è in grado di ledere che le vie conduttrici di ben determinate funzioni cerebrali; il potere critico, ma specialmente il tono sentimentale e la capacità volitiva sono le prime ad essere colpite, mentre la memoria e la percezione sono relativamente poco danneggiate. Analogamente noi vediamo la morfina determinare sotto certi rapporti gli stessi disturbi psichici dati dall'alcool; ma d'altro canto l'impulsività, le idee deliranti, la debolezza mnemonica, inoltre i fenomeni neuritici e l'epilessia non si manifestano mai neppure con durevole abuso del preparato. Di speciale importanza però mi sembra sia il fatto che nella *dementia praecox* non solo possono svilupparsi quadri morbosi psichici completamente simili a quelli della paralisi progressiva, quali la depressione iniziale, l'insensato delirio di grandezza, la ipocondria, il semplice indebolimento, ecc., ma che anche in questa si riscontrano attacchi paralitici in generale di minore intensità, disturbi centrali della parola, alterazioni pupillari, e infine notevoli oscillazioni del peso del corpo; ciò che fa distinguere dagli altri questi due gruppi morbosi.

Ci troviamo però sempre innanzi alla questione, fino a qual punto si può mettere d'accordo la opinione fin qui difesa con i fatti noti intorno all'origine della paralisi progressiva. E principalmente dovremo trattare dell'origine luetica della paralisi progressiva, perchè tutte le altre cause di essa o sono completamente mal sicure, o sono da considerare solo quali influenze coadiuvanti.

Veramente Binswanger (1) ha emesso l'ipotesi che si debba considerare il processo morboso paralitico « sicuramente quale fenomeno consecutivo di un funzionale sovra-affaticamento del sistema nervoso centrale, e specialmente della corteccia cerebrale ». Io non posso consentire in tale opinione. In sostanza non conosciamo a sufficienza quadri morbosi prodotti dall'esaurimento; essi non sono affatto conformi a quello della paralisi progressiva. Anche le speciali condizioni originarie della malattia confermano ben difficilmente la detta ipotesi. È giusto però ammettere che continui eccitamenti emotivi favoriscano almeno apparentemente, lo sviluppo della paralisi progressiva; però certo non si può provare che essi siano le vere cause della malattia, quando pure si voglia concedere un grande campo alla diversa capacità di resistenza personale. Vediamo colpiti da paralisi progressiva moltissimi soggetti vigorosi che vivono nelle più semplici e più regolate condizioni di vita, mentre d'altra parte la maggiore tensione della attività psichica ed emotiva produce è vero di solito tutti i disturbi dell'esaurimento nervoso, ma non la paralisi progressiva. Ciò che però, secondo la mia opinione, è decisiva nella quistione, è innanzi tutto il fatto della paralisi giovanile, nella quale non si può parlare certamente di sovra-affaticamento, ed i più il fatto che la stanchezza e l'esaurimento possono bensì produrre, secondo quel che sappiamo, lesioni passeggere e forse anche a volte permanenti, ma non un processo morboso *progressivo*. Quando cessa la causa termina l'effetto: questa legge si verifica sempre nei disturbi dovuti ad esaurimento, anche quando si erano manifestate gravi lesioni. Non si potrebbe comprendere perchè un sovra-affaticamento che non sorpassi in alcun modo una misura media dovrebbe provocare con così grande frequenza una malattia della corteccia cerebrale che non migliora malgrado un riposo intellettuale completo, ma progredisce in modo inarrestabile fino alla distruzione.

Al contrario la parte della sifilide è certamente essenziale. Nei

(1) Binswanger, *Berliner Klinische Wochenschrift,* 1894, 49.

tempi più lontani come in quelli più recenti si sono avuti sempre autori che hanno creduto di poter comprendere la paralisi progressiva al pari della tabe che è in stretta parentela con essa, semplicemente, come una malattia sifilitica del sistema nervoso centrale. Strümpell ha concepito la paralisi progressiva in modo parallelo alle paralisi difteriche, supponendo che in ambedue i casi per mezzo del germe del contagio, nella paralisi progressiva quindi col germe sifilitico, venga prodotto dopo il primo periodo della malattia un veleno chimico che sia capace di agire in modo caratteristico distruggendo i varii campi del sistema nervoso. Möbius pure ritiene che la tabe e la paralisi progressiva siano addirittura due malattie consecutive alla sifilide. Mi sembra però che ciò che noi sappiamo attualmente non permetta ancora una così semplice spiegazione. Se anche vogliamo limitare l'ipotesi dicendo che tutte le « vere paralisi » stiano in rapporto causale con la sifilide, esistono però ancora numerose difficoltà per ammettere ciò. Innanzi tutto il reperto anatomico c'insegna che le alterazioni che riscontriamo nella paralisi progressiva non corrispondono a quelle che riscontriamo altrimenti nella sifilide. Possiamo bensì trovare qualche volta una gomma più grande, o depositi sulle pareti vasali che possono essere concepiti quali forme gommose e più spesso anche, in estensione più o meno grande, una endoarterite luetica; però la malattia vascolare paralitica ha una impronta ben diversa. Ugualmente la sede della leptomeningite e la diffusiva estensione del processo distruttivo è molto diversa da ciò che suole accadere nelle malattie sifilitiche. A ciò corrisponde il fatto clinico che i disturbi psichici della comune sifilide cerebrale si differenziano da quelli della paralisi progressiva per la mancanza dei caratteristici disturbi della parola e della scrittura, per la demenza molto più limitata, per la frequenza di allucinazioni uditive, ma specialmente per il decorso molto più lento e spesso per nulla progressivo. Inoltre sappiamo per esperienza che la paralisi progressiva non viene arrestata dalla cura antiluetica e neppur migliorata e guarita. In casi non del tutto rari, nei quali sono manifesti i sintomi durevoli della sifilide, vediamo abitualmente scomparire questi ultimi con l'uso del mercurio e dello ioduro di potassio, mentre i disturbi paralitici rimangono completamente immutati o perfino peggiorano. Ma finalmente si deve considerare che la paralisi progressiva suole presentarsi regolarmente dopo lungo tempo dal contagio sifilitico, generalmente dopo più di un decennio.

Da questi fatti è evidente come la paralisi non possa essere una semplice malattia sifilitica. Al contrario sembra che si sviluppi in qual-

siasi modo, dopo un lungo periodo dal contagio sifilitico una profonda alterazione del ricambio materiale, la quale come tale, non ha a che fare più nulla con la sifilide, mentre produce di per sè un veleno, che dobbiamo considerare quale l'ultima causa delle lesioni paralitiche. Una simile ipotesi rischiarerebbe nel modo migliore, io credo, tutte le suddette difficoltà per spiegarci la malattia. Veramente ancora attualmente non possiamo farci alcuna idea precisa sulla natura del legame che passa tra la lues e la paralisi progressiva; ma io voglio ricordare che, p. e., anche il mixoedema può essere prodotto dalla sifilide quando la malattia distrugge completamente la glandola tiroide. In tali casi anche il mixoedema suole svilupparsi solo molto tempo dopo l'infezione sifilitica, perchè ad esso deve precedere la distruzione completa della glandola tiroide; anche in questi casi il trattamento antiluetico è impotente, benchè faccia scomparire completamente altri concomitanti sintomi della sifilide. Anche in tali casi infine le alterazioni anatomiche non hanno più il minimo rapporto con la sifilide che ne è stata la causa. Ancora piu stretto è forse il confronto col *delirium tremens* e con la psicosi di Korssakow. Benchè queste due malattie nella loro profonda caratteristica si sviluppino sul terreno dell'avvelenamento cronico da alcool, pure hanno un aspetto molto diverso dall'ubbriachezza e dall'alcoolismo cronico; esse hanno un decorso indipendente anche quando si cessi l'uso dell'alcool; vero è che in tal caso si può ottenere la guarigione. Nel *delirium tremens* l'invasione del tossico è solo transitoria, e anche nella psicosi di Korssakow sembra che abbia una azione passeggera, forse perchè la causa prima, cioè l'alcool, non è un germe patologico che invade l'organismo, ma è un tossico che viene introdotto sempre nuovamente. Come alla paralisi « metasifilitica » possono aggiungersi i sintomi anatomici e clinici della comune sifilide, così anche nella psicosi di Korssakow riscontriamo un miscuglio di disturbi occasionati direttamente e indirettamente dall'alcool. Finalmente per altri agenti nocivi analoghi vediamo prodursi quadri morbosi che sono molto rassomiglianti ad ambedue le malattie senza però essere identici con esse, come da una parte la psicosi polineuritica da infezione, d'altra parte il gruppo delle pseudo-paralisi da piombo, da segala cornuta, da gas di ossido di carbonio.

La *diagnosi* di paralisi progressiva (1) è uno dei problemi più importanti per gli alienisti, perchè da essa dipendono quasi sempre

(1) Hoche, *Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse*, 2. *Auflage*. 1900.

misure molto importanti specialmente di natura economica (mettere sotto curatela, scioglimento di contratti, ecc.). Le maggiori difficoltà si presentano naturalmente all'inizio, cioè quando i disturbi somatici e psichici sono ancora indecisi. In tali casi vale innanzi tutto la norma che in quelle malattie mentali che si manifestano per la prima volta nella media età, senza alcuna causa apprezzabile, e specialmente negli uomini, si debba pensare sempre alla possibilità di una paralisi progressiva. Tra i sintomi somatici sono della maggiore importanza la rigidità riflessa pupillare e il disturbo caratteristico della parola. Secondo l'asserzione di Siemerling la rigidità pupillare nei malati di mente giunse al 92 % nei casi di paralisi progressiva. Disgraziatamente negli infermi confusi, deboli di mente o recalcitranti, e specialmente in quelli che presentano movimenti irrequieti dei bulbi oculari, non è sempre facile escludere con sicurezza la mancanza della reazione alla luce. Un esame ripetuto in camera oscura con luce di diversa intensità, cercando di escludere il riflesso dell'accomodazione, è indispensabile nei casi dubbi. Talvolta la mutevole dilatazione delle pupille a luce naturale di differente intensità rende evidente il fatto in quei casi nei quali l'esame diretto rimane senza risultato. L'uso di migliori mezzi di esame, forse con la lente, darà una maggiore sicurezza. Le reazioni « pigre » si debbono utilizzare per la diagnosi della paralisi progressiva solo con grande prudenza.

L'incapacità a ordinare giustamente le parole, le sillabe e le lettere dovrebbe essere un disturbo quasi esclusivo della paralisi progressiva, mentre è noto che i disturbi afasici possono riscontrarsi anche in altre malattie cerebrali e i disturbi puramente articolari possono essere anche originarii. Difficoltà possono nascere anche da alcuni manierismi nel parlare di infermi catatonici, che fanno credere ad un difetto di articolazione. Inoltre gli attacchi paralitici sono segni importantissimi della malattia; pure è necessario, come è facile a comprendere, che dalla natura di essi, dall'anamnesi e dall'esame somatico si possa escludere nei singoli casi la possibilità di attacchi epilettici, catatonici, alcoolici, uremici, diabetici. Gli attacchi con afasia transitoria o con paralisi rapidamente trascorrente sono sempre in alto grado sospetti per la paralisi progressiva. Alcuni sintomi morbosi somatici non raramente precedono da lungo tempo i mutamenti psichici. Thomsen (1) ha riferito casi nei quali rigidità pupillare, paralisi dei muscoli oculari,

(1) Thomsen, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, LII. 899.

attacchi afasici o epilettiformi, disturbi della parola erano stati osservati 5, 7 e anche 10 e 11 anni prima della vera eplosione della malattia: io posso confermare completamente questa asserzione. Quindi quando si manifestano tali fenomeni si dovrà attendere sempre un graduale sviluppo di una paralisi progressiva, anche se per lunghi anni non si lasciano riconoscere altre manifestazioni.

Nei casi nei quali mutamenti psichici si riscontrano accanto ai suddetti caratteristici disturbi somatici, ai quali si possono aggiungere come meno importanti anche l'aumento o più di rado la mancanza del riflesso rotuleo e una diminuzione della sensibilità dolorifica, la diagnosi della malattia non offrirà in generale alcuna difficoltà. Se esiste invece soltanto l'uno o l'altro di quei sintomi allora è possibile errare la diagnosi, perchè esiste tutta una serie di forme di demenza molto analoghe associate ad isolati disturbi somatici, le quali solo in parte siamo in grado di differenziare approssimativamente, ma che in parte non conosciamo affatto. Ancora meno sicuro diviene il nostro còmpito quando siamo obbligati a far diagnosi di paralisi progressiva esclusivamente o in gran parte dai dati dell'esame psichico. Senza dubbio esistono paralisi progressive nelle quali il quadro morboso psichico è già sviluppato fino ad un certo grado prima che si riscontrino disturbi somatici veramente decisivi. In tali casi in prima linea si deve dar peso ai disturbi della memoria e della facoltà di fissazione, poi alla debolezza di critica, alla apatia emotiva, all'influenzabilità dell'umore e alla determinabilità all'azione. Sarà però opportuno esporre il proprio giudizio con la maggiore riserva, perchè sono anche possibili, dei gravi errori.

Questi sintomi debbono essere specialmente presi di mira nella diagnosi differenziale tra paralisi progressiva e *nevrastenia*, che nei primi periodi della malattia sembra talvolta tanto difficile quanto urgente ad esser fatta. Abbiamo già ricordato i singoli segni differenziali trattando dell'esaurimento nervoso, ma si deve aggiungere ancora che qualche occasionale vertigine, il lieve balbettamento, il tremore della lingua e un medio aumento dei riflessi tendinei non hanno grande importanza diagnostica. Una chiara visione e comprensione dei fenomeni morbosi, un continuo desiderio di liberarsene, l'accessibilità a discorsi ragionevoli, un miglioramento progressivo determinato dal riposo prescritto parlano per la nevrastenia, mentre il paralitico non dà forse nessuna importanza ad alcuni disturbi accentuati (debolezza mnemonica, irritabilità), ma parla invece in modo ipocondriaco di altri disturbi, comprende ed elabora solo imperfettamente le istruzioni che gli si dànno

si preoccupa assai poco di curare la sua malattia in confronto ai suoi vivaci lamenti, non porta a fine alcun trattamento e non esce affatto migliorato dal semplice riposo.

La somiglianza esteriore dello stato di depressione paralitica può essere spesso molto grande con altri stati che sono del resto completamente diversi. Per la diagnosi differenziale con la *melanconia*, a causa della grande rarità della malattia in individui che non hanno oltrepassato il 50.° anno, l'età ha già un certo valore. Inoltre per la paralisi progressiva parla l'accentuata debolezza di critica, dell'umore, dell'agire e specialmente della memoria, un difettoso orientamento nel tempo, una mancanza nel comprendere l'ambiente e lo stato delle cose, l'insensatezza e l'incoerenza delle idee deliranti. Considerevoli difficoltà per la diagnosi sono spesso gli stati depressivi delle donne dovuti al climaterio. La vera melanconia però potrà essere di regola diagnosticata per la vivacità e la tenacia del tono sentimentale ansioso, mentre è ben conservata la memoria. Esistono però in questa età varie forme di demenza depressiva finora conosciute insufficientemente, che talvolta possono risvegliare il sospetto che si tratti di paralisi progressiva. A queste forme, che noi ascriviamo alla *dementia praecox*, è comune una certa superficialità affettiva malgrado esistano movimenti espressivi molto violenti, una inaccessibilità alle buone parole e alle influenze esterne, una irrequietezza impulsiva senza tregua, o un contegno stuporoso-recalcitrante. A tutti questi sintomi si aggiungono spesso accenni di stereotipia, idee deliranti insensate, allucinazioni uditive, cambiamenti subitanei del quadro morboso e talvolta anche mutacismo durevole per lungo tempo. Tutti questi singoli fatti morbosi possono anche appartenere alla paralisi progressiva, ma nel quadro complesso, in seguito a lunghe osservazioni, sogliono manifestarsi distintamente quali sintomi morbosi predominanti i disturbi catatonici, il negativismo, la stranezza, l'impulsività e la stereotipia. Al contrario mancheranno sempre i disturbi della memoria, l'incapacità a riconoscere e la poca lucidità che si riscontrano certamente in tali forme di paralisi. Vero è che una parte di questi segni possono essere mentiti dai disturbi negativistici; perchè gli infermi dànno false o esitanti risposte. La diagnosi quindi si farà spesso per la mancanza o per l'esistenza di segni morbosi somatici.

Anche in altro modo noi daremo sopratutto la maggiore importanza ai disturbi nervosi nella diagnosi differenziale tra paralisi progressiva e i varii stati della *dementia praecox*. La semplice disuguaglianza pupillare, la grande vivacità dei riflessi, i lievi tremori e anche i de-

liqui e gli attacchi epilettiformi non sono utilizzabili sotto questo riguardo. Al contrario potremo trarre le nostre conclusioni dalla diversa natura della debolezza psichica che si sviluppa. Quando un infermo docile, accessibile, si dimostra mal sicuro e incapace nel fare semplici calcoli e specialmente disorientato nel tempo, forse anche confuso riguardo al luogo ove si trova e riguardo agli avvenimenti del passato più recente, quando l'umore e la volontà si possono facilmente influenzare senza che vi sia automatismo al comando, allora uno stato di debolezza psichica sarà sempre molto sospetto di paralisi progressiva. Alla demenza paralitica mancano inoltre la stranezza, i manierismi, gli eccitamenti periodici. Negli stati stuporosi manca il tenace negativismo non influenzabile, benchè possano persistere per molto tempo rifiuto di nutrimento, mutacismo, incapacità di reazione. Nello stato d'eccitamento possiamo osservare forse alcuni movimenti impulsivi, stereotipici, ma non la risposta senza alcun rapporto e la confusione verbale; inoltre gli infermi non sono coscienti e lucidi come sono per lo più i catatonici. Questi ultimi fatti, ed inoltre la docilità, l'umore caratteristicamente contento, la rarità di allucinazioni uditive e di idee d'influenza somatica, infine naturalmente tutto lo sviluppo della malattia, distinguono la paralisi progressiva dalla demenza paranoide con le sue idee deliranti confuse, ma che nel contenuto la ricordano spesso. Quale decisivo sintoma per la diagnosi differenziale tra tutte queste forme dovrebbe avere molto valore, secondo le attuali osservazioni, il reperto di quantità maggiori di leucociti nel liquido celebro-spinale.

Anche per differenziare la paralisi progressiva dagli stati di depressione della *psicòsi maniaco-depressiva* questo segno è del più grande valore. In quei casi nei quali l'anamnesi dimostra l'esistenza di antecedenti forme maniache o depressive, la diagnosi è senz'altro facile. Poichè però i primi attacchi di una psicosi maniaco-depressiva si possono riscontrare anche nella età media od avanzata, per poter fare la diagnosi non raramente si deve ricorrere solo al quadro dello stato presente. Negli infermi coscienti e ordinati l'esistenza o la mancanza dei disturbi mnemonici, della debolezza di critica e della determinabilità, sarà di speciale importanza. I semplici mutamenti di umore, l'occasionale insorgere di impulsi all'agire uniti a lievi idee di grandezza, sono da riguardare solo con la maggiore precauzione per supporre una paralisi progressiva, per il fatto che si possono trasformare in uno stato maniaco. Per la diagnosi degli stati stuporosi si dovrà considerare in generale che da una parte i malati circolari sogliono percepire meglio dei paralitici, d'altra parte sono più impacciati nei loro movimenti. Seguono

quindi con maggiore attenzione i fatti dell'ambiente, s'impauriscono con più facilità quando, p. es., si minacciano con uno spillo, si muovono poco e lentamente di proprio impulso, e l'interna agitazione si manifesta a volte con monologhi bisbiglianti. Al contrario i paralitici in istato stuporoso si curano ben poco del mondo esterno, considerano anche ben poco i minaccianti pericoli, sono più liberi nei loro movimenti, o irrequieti, ansiosi, o apatici, inaccessibili. Ma naturalmente non è sempre possibile nei singoli casi di acquistare sopra gli intimi processi dell'infermo quella chiarezza necessaria a risolvere in modo rapido e sicuro la quistione senza tener conto dei sintomi somatici.

Gli stati espansivi di eccitamento dei paralitici possono essere scambiati occasionalmente con *accessi maniaci*. A parte i sintomi somatici, parlano per la paralisi progressiva la incapacità a *fissare* nella memoria nuove impressioni, l'incertezza a ricordare le date e ciò che si è imparato alla scuola (aritmetica), le idee deliranti strane e contraddittorie, la grande influenzabilità dell'umore e la pieghevolezza volitiva. Anche nella mania si manifestano non raramente idee deliranti che somigliano perfettamente a quelle dei paralitici, ma si osserva in generale ben presto che i malati vogliono quasi giuocare con queste idee, esagerarle, confonderle e non le esprimono con la puerile convinzione dei paralitici. Gli infermi maniaci comprendono molto meglio dove si trovano, sogliono domandare vivacemente di venire ricondotti a casa, dimostrano tendenza continua ad agire, non si lasciano così facilmente consolare e calmare come i paralitici. Nei gravissimi stati di eccitamento, la percezione, l'orientamento e il rapporto ideativo dei paralitici sono molto più colpiti di quel che non avvenga negli infermi maniaci. Non raramente anche in questi casi l'anamnesi, la storia di antecedenti attacchi maniaci o depressivi serviranno molto per la diagnosi.

Alcuni stati di eccitamento dei paralitici che insorgono improvvisamente possono essere scambiati col *delirium tremens*, specialmente se precedentemente si era avuto abuso di alcool. In generale i paralitici sono più profondamente confusi, dànno meno facilmente schiarimenti, e non mostrano quel caratteristico miscuglio di ansia e di umorismo che riscontriamo ben spesso nei deliranti per alcool. Talvolta però solamente la debolezza psichica residuante dopo la scomparsa del delirio rischiareranno il fondamento paralitico del quadro morboso, se pure l'anamnesi o i sintomi somatici non ci hanno già illuminato.

Per la diagnosi differenziale tra paralisi progressiva e *amenza* non dovremo insistere a lungo. Sarebbe sufficiente ricordare l'insorgere

della amenza in seguito a gravi cause esaurienti, il mantenimento della attenzione accanto ad un profondo disturbo della coscienza e dell'orientamento, la confusione e l'incapacità al riconoscimento, senza che esista una reale debolezza di critica e di memoria del passato più remoto.

Molto più difficile è la diagnosi differenziale tra paralisi progressiva e certe malattie che portano con sè ugualmente estese distruzioni della corteccia cerebrale. A queste appartengono le *malattie cerebrali sifilitiche, l'arterio-sclerosi cerebrale* e qualche volta anche certe forme della *demenza senile:* ma dei relativi segni differenziali ci dovremo occupare nei seguenti capitoli. Della distinzione tra la paralisi progressiva e la psicosi di Korssakow, abbiamo già antecedentemente trattato. La paralisi giovanile, specialmente perchè spesso è preceduta da una originaria debolezza di mente, può essere scambiata con l'*idiozia* e forse anche con la *epilessia*. Facendo astrazione dai disturbi somatici che stanno ad indicare l'esistenza di una estesa malattia cerebro-spinale, il progressivo decorso condurrà regolarmente in breve alla giusta interpetrazione. Qualche volta si vede decorrere un tumore cerebrale in modo simile al quadro della paralisi progressiva, perchè l'aumentata pressione cerebrale produce una generale diminuzione delle manifestazioni psichiche, presso a poco in modo simile a quello che avviene per l'affezione paralitica. Per lo più la constatazione della papilla da stasi rischiarerà la diagnosi anche quando per la sede del tumore non esistevano fenomeni di *deficit* a focolaio.

Per ciò che riguarda il *trattamento* della paralisi progressiva si è cercato in prima linea di combattere molto spesso le cause della malattia adoperando forti cure anti-sifilitiche. L'esperienza insegna invece, che, ancora meno in questi casi che nella tabe, non si ottengono col mercurio o con lo ioduro di potassio buoni risultati. Le remissioni della malattia possono invero aversi ugualmente non molto raramente con ogni altro genere di cura, specialmente sotto l'influenza della tranquilla vita del Manicomio. Racke riferisce che tra 28 casi nei quali s'iniziò una cura antisifilitica, 12 volte si riscontrò un miglioramento. D'altra parte in tutta una serie di casi, nei quali si poteva affermare la sifilide e nei quali almeno in parte si potevano riscontrare segni di essa, io ho osservato direttamente, dopo la cura mercuriale per frizioni, una rapida decadenza delle forze e un insorgere improvviso di gravi stati di eccitamento. Anche Buchholz vide manifestarsi in tal modo due paralisi progressive galoppanti. Io quindi, conformemente al parere della massima parte degli Alienisti, posso consigliare

attualmente solo di prescrivere al massimo lo ioduro di potassio, oppure seguire solamente il trattamento *sintomatico* della paralisi progressiva. Solo quando sono manifesti ancora distintamente i segni della sifilide, o quando esiste la possibilità di una semplice malattia cerebrale luetica non si potrà mettere in dubbio la necessità di una forte cura antiluetica, anche mercuriale.

Le isolate osservazioni di un considerevole miglioramento e anzi di una apparente guarigione della paralisi progressiva consecutiva a durevoli e gravi suppurazioni, hanno già parecchie volte indotto a compiere esperienze provocando artificialmente simili fatti per influire favorevolmente sul processo morboso. Nei tempi passati si soleva stropicciare il cranio, fino ad interessare l'osso, con l'unguento di tartaro emetico; in tempi più recenti si è tentato di provocare la suppurazione usando l'olio di trementina. Fino ad ora però i risultati di tutti questi esperimenti non sono stati molto incoraggianti.

Del resto per la cura dei paralitici la cosa più importante è sopratutto la quiete, l'allontanamento dalle abituali condizioni di vita e dalle occupazioni, come anche un' accurata regola di vita. Gli infermi agitati e quelli che hanno tendenza al suicidio debbono essere immediatamente condotti al Manicomio per proteggerli e nello stesso tempo per proteggere chi li circonda dalle conseguenze dei loro atti; gli infermi tranquilli e docili che si trovano in migliori condizioni di fortuna possono rimanere anche in cura privata finchè è possibile un trattamento esperto e vigile. Si debbono evitare però i luoghi di bagni molto frequentati per le loro svariate distrazioni ed eccitazioni, i viaggi faticosi, tutti i metodi di vita che indeboliscono, quali il lasciar patire la fame, le cure di bagni freddi, ecc. Una osservazione molto frequente è quella di un rapido peggioramento dello stato generale e il repentino scoppio di un furioso eccitamento in seguito ad abuso della cura di bagni freddi. Oltre alla tranquillità una nutrizione abbondante, il regolare la digestione, il movimento all'aria libera, l'evitare le bevande spiritose, il tabacco, il caffè, il thè, sono di grande importanza; inoltre una cura idroterapica molto mite e ben sorvegliata (strofinazioni, bagni tiepidi, impacchi; mai doccie nè zampilli d'acqua dall'alto o dal basso!), può render buoni risultati.

Durante gli *stati di eccitazione* dei paralitici è spesso di grande aiuto anche il trasporto in un ambiente tranquillo, il riposo a letto, il bagno, come pure la distrazione con un trattamento gentile ed abile adatto all'umore dell'infermo. Quando l'agitazione è molto grave è assolutamente necessaria la cura del bagno a permanenza, dapprin-

cipio forse con l'aiuto del sulfonal o della ioscina, in seguito senza alcun medicamento. In alcuni casi, poichè gli infermi talvolta non si nutrono nemmeno sufficientemente, si fa uso una o due volte al giorno dell'alimentazione con la sonda. Le difficoltà maggiori per il trattamento sono dovute agli eccitamenti ansiosi dei paralitici. In tali casi non possono essere eseguiti talvolta i bagni o gli impacchi, pure i medicamenti sogliono non avere alcun effetto. Quindi a volte bisognerà limitarsi ad una continua sorveglianza, a proteggere i malati da lesioni (letto imbottito), a curare attentamente le escoriazioni cutanee che possono manifestarsi, ecc. Nei gravi stati di eccitamento ho tentato talvolta di ottenere miglioramento con ipodermoclisi ripetute 2 volte al giorno; ogni volta si iniettava una soluzione contenente circa 750 gr. di cloruro di sodio. Tale trattamento in un caso fu continuato senza accidenti per circa 2 settimane. In questo infermo che andava rapidamente decadendo, si manifestò un deciso, durevole miglioramento, sicchè sembrerebbe giustificato il compiere altri esperimenti con questo processo nei casi disperati. Recentemente Donath ha raccomandato caldamente nella paralisi progressiva l'uso sistematico di ipodermoclisi.

La cura maggiore necessaria per i paralitici giunti all'ultimo *stadio*, è quella del *letto*, e specialmente durante gli attacchi. Già nel periodo precedente è spesso necessario di prestare molta attenzione per mantenere puliti gli infermi e per migliorare la nutrizione, e ciò per la insufficiente masticazione, sicchè si debbono prescrivere solo cibi sminuzzati e facili ad essere digeriti, si deve impedire l'avido divoraro dando il nutrimento con molta precauzione, perchè altrimenti si possono avere facilmente attacchi mortali di soffocazione. In seguito agli attacchi, e negli infermi molto esauriti e dementi si dovrà sopratutto prevenire lo sviluppo della gangrena da compressione. Anche in questi casi il bagno a permanenza, adagiando gli infermi sopra lenzuola tese e talvolta anche imbottite di ovatta, rende buoni servigi. Se non è possibile avere a disposizione questo bagno si deve usare la più scrupolosa pulizia, le frequenti lavande delle parti in pericolo con acqua fredda o con una soluzione alcoolica di sublimato, si debbono togliere accuratamente tutte lo pieghe del lonzuolo, le briciole di pane e simili dal letto, si debbono usare cuscini ripieni di acqua o di aria, adagiare gli infermi sopra fine lana di legno o sopra muschio che assorbono ogni sudiceria, ma che disgraziatamente dagli infermi dementi vengono molto spesso mangiate. Infine è necessario un regolare mutamento di posizione che venga eseguito da infermieri, in modo che l'infermo venga rivoltato ora da un lato ora dall'altro, sul dorso, sul ventre (nei

casi più gravi anche ogni mezz'ora giorno e notte). Tale misura introdotta da GUDDEN, e che fino ad un certo grado impedisce anche lo sviluppo delle polmoniti « ipostatiche », già da alcuni decenni ha reso possibile la quasi completa scomparsa della gangrena da compressione dei paralitici, che antecedentemente era creduta inevitabile (secondo le statistiche di MENDEL questa sarebbe la causa di morte circa nel 10 °/₀ dei paralitici), ma in ogni modo si evitano completamente le forme pericolose. Molto più difficile è la guarigione della gangrena da compressione quando si manifesti o per la mancata cura famigliare, o per trascuranza degli infermieri (talvolta in poche ore). Per il fatto che gli infermi per la loro irrequietezza e perchè stracciano le fasciature rendono spesso molto difficile una regolare cura chirurgica, tali casi richiedono la maggiore pazienza e accuratezza da parte del medico e degli infermieri. Dal momento in cui si è iniziata la cura sistematica di giorno e di notte dei bagni a permanenza, anche simili fatti hanno per noi perduto la maggior parte della loro importanza. Gli infermi sogliono abituarsi rapidamente alla cura e la gangrena da compressione guarisce senza incidenti con una semplice medicatura.

Per il trattamento degli attacchi paralitici KEMMLER raccomanda di involgere il capo con ghiaccio; per le forti convulsioni i clisteri di idrato di amile (6 gr.) o di cloralio idrato; il primo medicamento fu usato anche sottocutaneamente in soluzioni del 5-10 °/₀. Se è necessario un rapido effetto, può usarsi talvolta la narcosi cloroformica fino a diminuire i fenomeni motori irritativi. Quando sopravviene la debolezza cardiaca sono adatti i medicamenti eccitanti, quali la caffeina, la canfora, l'alcool a piccole dosi, ma specialmente le ipodermoclisi.

Lo svuotamento del retto e della vescica ha bisogno d'ordinario solo da principio, durante gli attacchi paralitici, di aiuto con lavande, premendo sulla vescica o introducendo il catetere (scrupolosamente lavato e disinfettato); in seguito lo svuotamento si compie regolarmente se pure avendo atteso troppo non si sia avuto un soverchio riempimento e quindi paralisi di ambedue gli organi, le quali costringono a usare durevolmente interventi artificiali. Sfortunatamente il trattamento della paralisi vescicale che si manifesta molto facilmente è reso più difficile da antichi ristringimenti. Ad ogni svuotamento artificiale della vescica è utile far seguire regolarmente una lavanda (acido borico) a bassa temperatura quando esista atonia del detrusore. Anche all'infuori degli attacchi si deve continuamente tener presente lo svuotamento della vescica e del retto, altrimenti si può avere un continuo sgocciolare di urina e una incontinenza del retto. Io ho visto in un pa-

ralitico che già veniva cateterizzato da 2 anni, ristabilirsi il naturale svuotamento in un periodo di 4 settimane con lavande vescicali di una soluzione di tannino ripetute 2 volte al giorno e quindi non ripresentarsi il disturbo neppure dopo un attacco paralitico che durò 13 giorni. Nello stesso infermo, malgrado un profondo e continuo coma e una quasi completa mancanza di polso, non si sviluppò fino alla morte, con il detto trattamento dei bagni a permanenza, alcuna traccia di gangrena da compressione. Negli attacchi la nutrizione deve essere sempre fatta con la sonda (necessaria però solamente quando gli attacchi durano più giorni); il semplice versamento dei cibi nella bocca è pericolosissimo. Inoltre si deve fare una accurata pulizia e disinfezione della bocca per mezzo di un fazzoletto bagnato con clorato di potassio e si deve tenere umida la cornea muovendo regolarmente (ogni mezz'ora) le palpebre per lo più mezzo aperte (per evitare così le ulcerazioni). Così si possono vedere gli infermi ristabilirsi dall'attacco paralitico anche dopo 8-14 giorni.

VII

La pazzia nelle malattie organiche del cervello

In modo analogo a quel che avviene nella paralisi progressiva noi vediamo anche nelle forme di demenza che seguono ad altre affezioni cerebrali, (1) associarsi *disturbi psichici con fenomeni nervosi di eccitamento o di deficit.* La speciale figura dei quadri morbosi clinici è essenzialmente dovuta alla estensione, alla sede e alla natura della malattia cerebrale. Sotto questo punto di vista noi dovremo in generale distinguere l'una dall'altra le *malattie diffuse* e quelle *circoscritte.*

Tra le malattie cerebrali non circoscritte che possono decorrere con disturbi psichici, dobbiamo innanzi tutto ricordare un gruppo di processi morbosi gradualmente progressivi che conducono essenzialmente ad una atrofia del tessuto nervoso in diversi territori cerebrali. In tali casi si riscontrano di solito anche proliferazioni di glia che talvolta possono raggiungere un grado molto forte. Attualmente non si può rispondere alla domanda se questo aumento del tessuto di sostegno venga eccitato direttamente dal processo morboso. In singoli casi lo sviluppo della proliferazione di glia quasi a modo di tumore non lascierebbe escludere tale possibilità; malgrado ciò, in generale, l'aumento della glia si dovrà considerare semplicemente quale segno di una lesione che abbia distrutto estesamente il tessuto nervoso. Le malattie, in parte ancora poco conosciute, delle quali in tali casi si tratta, sembra che abbiano origine essenzialmente da cause interne; alcune forme debbono essere addirittura considerate come famigliari.

Una esatta descrizione dei quadri, che però sembra siano in stretta parentela, offerti da queste malattie diffuse del sistema nervoso, deve

---

(1) Dupré, *Psychopathies organiques, Ballets Handbuch* 1058.

essere lasciato ai trattati di Neuropatologia, per la loro scarsa importanza psichiatrica. Noi ricorderemo brevemente solo quella speciale forma descritta da FÜRSTNER (1) e dai suoi allievi sotto il nome di « *Gliosi corticale* », la quale è caratterizzata da multiple proliferazioni di glia a guisa di tumori negli strati superficiali della corteccia, con formazioni cavitarie e con atrofia degli elementi nervosi. La malattia si sviluppa del tutto cronicamente in soggetti che già fin dalla giovinezza hanno presentato disturbi isolati, (convulsioni, debolezza mentale, irritabilità) che possono essere considerati come primi sintomi del male; in seguito si stabilisce una demenza progressiva con debolezza della memoria, disturbi della parola, atrofia del nervo ottico e, frequentemente, anche manifestazioni tabetiche.

In una certa parentela con questa forma sta forse anche quel processo morboso che è stato indicato col nome di *sclerosi cerebrale diffusa*, caratterizzato da un esteso aumento del tessuto di sostegno in uno o in ambedue gli emisferi, il quale và parimenti unito con una debolezza mentale gradualmente progressiva e con numerose manifestazioni centrali di *deficit* e di irritazione, quali emiplegia, attacchi convulsivi, aumento dei riflessi patellari e spasmi alle gambe.

Allo stesso gruppo dovrebbe anche appartenere la « CHOREA di HUNTINGTON (2) » che spesso viene sotto la osservazione del medico alienista. Si tratta in tali casi di una demenza lentamente progressiva che si inizia generalmente nella età media, oppure nella età avanzata, e che è accompagnata da fenomeni convulsivi coreiformi. Gli infermi divengono smemorati, deboli nella critica, poveri nel pensiero, misantropi, apatici, ma irritabili e volubili; essi perdono la capacità ad una attività regolata e non di rado tentano il suicidio o compiono atti pericolosi. Un infermo da me avuto in osservazione appiccò i suoi tre piccoli figliuoli che egli credeva di non poter più nutrire, poi andò tranquillamente a passeggiare, e anche in sèguito, durante il processo, rimase del tutto indifferente. Talvolta vengono osservati disturbi psico-sensoriali e idee di persecuzione le quali vengono esposte senza che venga data ad esse molta importanza. Di tempo in tempo si manifestano anche stati ansiosi, violenti scoppii di ira o umore piagnucoloso, compassionevole. Tra i disturbi somatici i più accentuati sono le smorfie e i caratteristici movimenti a scatti, tremolanti o dondolanti del capo, del tronco e delle

(1) FURSTNER, UND STHULINGER, *Archiv f. Psychiatrie XVII*, 1.
(2) FACKLAM, *Archiv f. Psychiatrie, XXX*, 137.

membra che si distinguono dai movimenti della corea per la loro minore violenza ed estensione; durante l'eccitamento psichico sogliono diventare più gravi. La parola è esitante, talvolta indistinta, slavata, la scrittura è un po' disordinata, i movimenti sono incerti, la deambulazione vacillante, la stazione eretta ad occhi chiusi molto difficoltata; esistono tremori a mani protese. La forza non sembra invece che subisca una considerevole diminuzione. I riflessi tendinei e l'eccitabilità muscolare meccanica sono aumentati, la reazione pupillare rimane intatta, non esistono disturbi della sensibiltà. Spesso si manifestano intense cefalee e talora attacchi epilettiformi o apoplettiformi.

La malattia progredisce lentamente, ma continuamente per 10-20 anni fino alla demenza più grave, che però sembra non giunga ad alti gradi come nella paralisi progressiva. I disturbi somatici sogliono ugualmente mantenersi in certi limiti; anzi la corea può nuovamente scomparire non residuandone che lievi accenni. Per queste caratteristiche cliniche, come pure per la mancanza dei disturbi pupillari, dei caratteristici disturbi della parola e della scrittura, dei fenomeni di paralisi, e inoltre anche per la concomitante corea, il quadro morboso si distingue essenzialmente da quello della paralisi progressiva, col quale da principio si potrebbe forse confondere. Anche la natura della demenza che non colpisce preferibilmente la memoria e l'orientamento nel tempo come nella paralisi progressiva, ma fin da principio distrugge invece più o meno gravemente la eccitabilità psichica ed emotiva, rende spesso possibile la distinzione. Infine la malattia suole colpire in modo pronunciatissimo tutti i membri di una famiglia.

Il reperto anatomico mostra da un lato le alterazioni di una meningite cronica: ispessimento e infiltrazione di piccole cellule nella pia, inoltre raggrinzamento cerebrale, scomparsa di fibre, ad anche distruzioni di cellule corticali, estese alterazioni vasali con dilatazione degli spazii perivascolari e proliferazione dell'avventizia, infine i residui di antiche emorragie intorno ai vasi. Nissl ha potuto in un caso da me osservato, riscontrare le lesioni cellulari croniche, la proliferazione della glia e l'ispessimento della pia, ma non riscontrò considerevoli lesioni vasali, nè degenerazione di fibre, nè raggrinzamento cerebrale. Sembra che il midollo spinale, benchè con mutevole estensione, partecipi al processo morboso.

Ugualmente su vaste regioni del sistema nervoso, in realtà sotto forma di focolai sparsi, si estende il processo morboso della *sclerosi multipla,* che, quando partecipi al processo in modo molto esteso la

corteccia cerebrale, può condurre a una demenza più o meno accentuata. Tuttavia di regola, in questi casi, la demenza suole, limitarsi ad una semplice diminuzione non troppo accentuata della memoria e della intelligenza, insieme ad una graduale apatia e mancanza di volontà, mentre mancano i disturbi psichici più accentuati. Gli infermi quindi vengono solo raramente nelle mani degli Alienisti; talvolta possono essere anche ritenuti dementi paralitici. Contro tale errore saranno sufficienti da una parte i sintomi della sclerosi multipla che in realtà non si manifestano sempre distintamente, quali lo scandimento, il nistagmo, il tremore intenzionale; d'altra parte la mancanza dei disturbi paralitici della parola e la rigidità pupillare riflessa, ma specialmente la mancanza di quella caratteristica incoscienza, di quella incertezza nel tempo e di quella predominante debolezza della memoria, che anche nei gradi medii di demenza sogliono distinguere il paralitico.

Una importanza molto maggiore delle malattie fino ad ora accennate hanno per l'Alienista le *lesioni sifilitiche del sistema nervoso*, naturalmente in special modo quelle che inducono profondi mutamenti nella corteccia cerebrale. La semplice meningite basilare luetica e anche la meningo-encefalite sono quindi in generale meno considerate di quelle forme morbose che sono legate a malattie vascolari. Nei singoli casi non sarà naturalmente possibile di distinguere l'un dall'altro i disturbi clinici provenienti da questa o quella lesione.

Un primo gruppo di casi è dato da quelle demenze progressive con fenomeni paralitici che si iniziano nella giovinezza e che sono dovute a sifilide ereditaria. Una parte di questi casi, e forse a ragione, sono attribuiti alla paralisi giovanile; sembra però che tale spiegazione non possa riguardare tutti i casi, ma che spesso si tratti di processi morbosi sifilitici nel senso più stretto della parola, specialmente di lesioni vascolari. A questi ultimi appartengono forse quei quadri morbosi osservati da HOMÉN (1) in diversi fratelli e da lui indicati come *lues hereditaria tarda*. In questi casi la malattia si iniziò in età giovanile con vertigini, dolori di capo, incertezza nella deambulazione, diminuzione progressiva della memoria, e della intelligenza, a tutto ciò si aggiunse successivamente rallentamento e difficoltà della parola, spasmi, contratture, incontinenza, disturbi della deglutizione, lieve tremore e talvolta anche convulsioni, mentre la debolezza psichica giunse fino ai gradi più alti. La morte avvenne dopo parecchi anni. L'esame

(1) HOMÉM, *Archiv f. Psychiatrie*, XXIV, 1.

anatomico dimostrò anzitutto estese alterazioni endoarteritiche, inoltre atrofia delle fibre, specialmente nei lobi frontali, come pure lievi lesioni nelle cellule piramidali, e lieve proliferazione nevroglica. KAPLAN e MEYER hanno in alcuni casi descritto una mescolanza delle alterazioni paralitiche e sifilitiche.

Negli adulti la sifilide si manifesta principalmente con due gruppi di quadri morbosi (1), che noi possiamo distinguere nel modo più opportuno nelle forme di semplice *debolezza mentale* e di *pseudo paralisi luetica*. Lo sviluppo della prima forma suole aversi in seguito ad uno o ad alcuni lievi o gravi attacchi apoplettiformi, sebbene spesso sia stato osservato anche prima un certo mutamento della personalità psichica. Gli infermi divengono distratti, smemorati, mancanti di critica, perdono la perspicacia e la coscienza nei loro affari, come pure la capacità ad una elevata attività psichica. L'umore è generalmente elevato, benchè di tempo in tempo esista un certo senso di malattia. Gli infermi si millantano volentieri, vantano la loro capacità, la loro fortuna, forse anche in contrasto completo con la loro reale posizione; fanno piani per il futuro, sono sicuri che ben presto ridiverranno sani e capaci al lavoro. Nello stesso tempo esiste una grande irritabilità, specialmente contro i parenti più prossimi, tanto che spesso si hanno litigi e a volte scoppi violenti di ira. Talvolta si manifestano anche idee di pregiudizio, che si mantengono però nei limiti di tentativi di spiegazione, p. e., l'idea di essere per motivi non confessabili, oppressi, di essere trattati in modo ingiusto, di non potere più dire la propria opinione. Tutte queste idee sogliono però essere molto fuggevoli, impallidiscono con grande facilità e non vengono elaborate ulteriormente.

Gli infermi sono di solito straordinariamente deboli di volontà, docili, accessibili ad ogni esortazione e suggestione. Divengono sventati e disordinati nei loro affari, trascurano le cose importanti, agiscono senza un piano prestabilito e a seconda delle idee del momento, talvolta anche con grande ostinazione; hanno tendenza a commettere stravaganze di ogni genere. Un infermo di circa 50 anni, ammogliato, e che viveva in buone condizioni di famiglia, si fece condurre da una mezzana da alcune donne pubbliche, benchè fosse da lungo tempo impotente; un altro che, colla sua professione aveva guadagnato molti denari, sciupava, bevendo giorno per giorno in cattiva compagnia, il piccolo assegno che gli era stato concesso. La capacità di resistenza contro l'alcool è d'ordinario molto diminuita.

(1) KLEIN, *Monatsschrift f. Psychiatrie*, V, 451.

Il decorso di questa malattia, la quale si può sviluppare malgrado le cure mercuriali più rigorose, è di regola molto lento; per lo più si ha ben presto un certo arresto della malattia. Le manifestazioni più appariscenti possono diminuire sempre più, ma rimane però sempre un grado abbastanza spiccato di infermità psichica. Anche il trattamento antiluetico non conduce ad un completo ristabilimento, certo per il fatto che già hanno avuto luogo estese distruzioni del tessuto corticale. Non sono rare delle ricadute. Nel campo somatico riscontriamo i residui di antiche emiplegie o monoplegie, talvolta paresi dei muscoli oculari, lievi disturbi dell'articolazione della parola e talvolta anche rigidità pupillare stabile o riflossa. Quale fondamento della malattia dobbiamo ritenere forse in primo luogo le alterazioni vascolari sifilitiche che hanno indotto profondi disturbi nutritivi della corteccia cerebrale, e, in alcune regioni, anche obliterazioni complete dei vasi e rammollimenti.

Sotto il nome di *pseudo-paralisi sifilitica* noi sogliamo riunire quelle forme di disturbi psichici luetici che, accanto ai segni di una grossolana malattia cerebrale, mostrano un quadro morboso psichico accentuato. Noi dobbiamo ammettere che questa forma si differenzia solamente per gradi dalla semplice demenza sifilitica. Anche in questi casi la malattia comincia molto spesso con un attacco che talvolta si manifesta con un semplice deliquio, talvolta con afasia transitoria, altre volte con profonda incoscienza associata a lieve o grave paralisi. Talvolta gli attacchi precedono di parecchi anni lo sviluppo della malattia; in altri casi gli attacchi sopravvengono in seguito, quando già il disturbo psichico è da lungo tempo accentuato; talvolta gli attacchi mancano completamente. In qualche caso riscontrai che la malattia si iniziò con disturbi visivi, cioè con una incipiente atrofia del nervo ottico. Per lo più psichicamente si ha uno stato di depressione talvolta ipocondriaco, talvolta diffidente o ansioso. I malati si sentono completamente apatici, credono di essere avvelenati, non digeriscono i cibi; si fanno rimprovero di antichi errori, temono di essere uccisi, ritengono infedele la moglie. Nello stesso tempo si appalesa una trasformazione di tutta la loro indole. Divengono distratti, smemorati, trascurati, indifferenti, oppure irritabili, eccitabili, brutali. Transitoriamente si possono manifestare stati di eccitamento delirante violentissimi. Quasi sempre si hanno anche *allucinazioni uditive* che spesso sono molto manifeste. Gli infermi odono gridare i loro bambini che vengono sezionati o ipnotizzati; nel letto è stato messo un telefono elettrico col quale si dicono sibilline profezie; un uomo si trova dentro la parete del muro e chiama; Dio parla dall'alto. Vengono fatti entrare

nella camera, per le finestre, da male femmine, vapori di zolfo; tutto è fatto in segreto. Le persone vengono spesso scambiate in modo delirante.

In questo quadro mancano di rado le idee di grandezza che possono avere del tutto l'impronta insensata e incoerente delle idee di grandezza dei paralitici. L'infermo è il re Alleluia del Portogallo, è l'imperatore Federico I della fanteria, vuole andare a Berlino per esservi coronato, è andato a cavallo da Gibilterra a Tunisi, ha ereditato un patrimonio così grande che non può essere diviso neppure in tutta la nazione. L'umore è in genere elevato con tendenza allo scherzo, a fare osservazioni spiritose, maliziose; in altri infermi invece esso è irritabile, diffidente, ostile. Gli infermi sono di tempo in tempo molto eccitati, ciarlieri, incoerentemente vaneggianti, talvolta formulano neologismi, scrivono grossi fascicoli di istanze e di lettere uniformi, prolisse e confuse. Altri invece sono quieti, apatici, pigri, ora accessibili e comunicativi, ora recalcitranti e inaccessibili.

Come segni somatici riscontriamo innanzi tutto in alcuni casi i sintomi di una antica lues; p. e., sinechie, antiche cicatrici, perforazioni del palato, diabete insipido, glicosuria. Inoltre esistono per lo più i residui di antichi attacchi, quali paresi, emianestesia, emianopsia, lievi disturbi parafasici. A tutto ciò si aggiunge talora atrofia del nervo ottico, aumento, diminuzione o mancanza, ma specialmente disuguaglianza dei riflessi tendinei, perdita completa o quasi della reazione alla luce di una o ambedue le pupille. Al contrario la parola e la scrittura non sogliono presentare alcun disturbo o solo disturbi molto lievi.

Il successivo decorso della malattia è lento, ma conduce sempre ad un grado avanzato di debolezza psichica. Alcuni infermi presentando un contegno del tutto ordinato mantengono bene il loro esteriore, vivono senza speciali disturbi nella loro famiglia. Possono anche leggere i giornali, giuocare a carte o a bigliardo e seguire presso a poco gli avvenimenti giornalieri. Solo essi sono però completamente incapaci di una seria attività, non hanno la minima coscienza della loro malattia e della situazione da questa creata, vivono giorno per giorno senza pensieri. Gli infermi si ritengono completamente normali, non comprendono perchè non si lasci loro compiere il lavoro che prima facevano, ma si tranquillizzano subito ad una qualsiasi insignificante risposta. L'orientamento riguardo al tempo ed al luogo rimane intatto; nondimeno si può facilmente dimostrare che il ricordo del tempo della malattia, spesso anche per alcuni avvenimenti del passato, è imperfetto e lacunare. Anche le allucinazioni uditive e le

idee deliranti soghono risorgere ogni tanto; esse non vengono affatto rettificate, ma solamente di nuovo dimenticate.

Nei casi più gravi la demenza progredisce sempre più. Gli infermi divengono sempre più vaneggianti e confusi, esprimono idee uniformi e completamente insensate di grandezza e di persecuzione; sono, con repentini cambiamenti, ora inquieti, eccitati, brutali, oppure puerilmente buoni, docili. Transitoriamente si possono osservare anche stati di grave stupore e di confusione. Fenomeni concomitanti, che mancano solo raramente, sono il deliquio e gli attacchi epilettiformi con o senza consecutivi fenomeni a focolaio. In alcuni casi si può manifestare anche un vero ***status epilepticus***. Così io ho osservato in 17 giorni successivi il seguente numero di attacchi:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.
4	32	25	35	28	26	20	19	15	37	23	40	44	66	78	23	17	0

In tal modo finì la serie degli attacchi. Sette mesi dopo essa si ripetè; in un giorno si ebbero 86 attacchi e in sette ore e mezzo della notte successiva 94 attacchi, in seguito ai quali avvenne la morte. Gli attacchi avevano il carattere della epilessia corticale; durante gli intervalli l'infermo con rapidità sorprendente ritornava lucido e allegro. Dopo la prima serie residuò una emiplegia sinistra con emianestesia, che era andata gradualmente scomparendo nel corso di 2 mesi.

Tale esito della malattia non costituisce la regola, sebbene possa presentarsi molto spesso. Apparentemente lo stato dell'infermo può arrestarsi per molto tempo ad un grado qualunque, fin tanto che il progredire della malattia o una malattia casuale lo conduce a morte. Il reperto anatomico può dimostrare tutta la varietà delle alterazioni sifilitiche; lesioni meningitiche, focolai di rammollimento, gomme piccole o grandi, ma sopratutto lesioni vascolari. La fig. 1 della tavola VI, presa dall'infermo che aveva subito quei numerosi attacchi, può dare una idea dell'aspetto microscopico della corteccia cerebrale. Ciò che è a prima vista evidente, di fronte all'aspetto della corteccia normale, come si può confrontare nella tavola XII, è da una parte il rigonfiamento e l'apparente aumento delle cellule nervose, ma inoltre anche la gravissima proliferazione vascolare. Ad un esame più fine della figura si riconosce che il rigonfiamento delle cellule nervose è più accentuato negli strati corticali esterni che non in quelli più profondi, inoltre tra le cellule rigonfiate si ritrova anche un grande numero di elementi raggrinzati ipercolorati. Inoltre in numerosi punti l'ingros-

samento delle cellule nervose è in parte mentito dall'addossamento di cellule di nevroglia, come si può vedere nei punti indicati con la lettera *a*.

Si potrà anche osservare facilmente come tutta la corteccia sia occupata da un grande numero di grosse cellule di nevroglia che si adagiano vicino, oppure si infossano nelle cellule nervose stesse, oppure giacciono liberamente tra di esse, o infine circondano i vasi; alcune di queste cellule sono state indicate con la lettera *g*. In alcuni punti, p. e., in *r*, si sono formate le *Gliarase* (ammassi di protoplasma con numerosi nuclei) descritte da Nissl. Da tali reperti dobbiamo concludere che una grande estensione del tessuto nervoso è andata distrutta. Una manifestazione di tali estese alterazioni dovrebbe essere anche forse la colorazione un po' più oscura degli strati corticali esterni; ma ciò malgrado la corteccia non è assottigliata. Da un esame ancora più minuto del preparato si potrebbe pure aggiungere, ma questo nella figura riportata non è visibile, che una scomparsa di fibre nervose era dimostrabile solo in limiti ristretti, che non aveva avuto luogo alcuna considerevole neoformazione di fibrille di nevroglia e che accanto alla forte proliferazione della nevroglia si potevano constatare anche processi regressivi di essa. In alcuni punti si riscontrò un forte ammasso di piccoli nuclei nevroglici molto colorati negli strati corticali più profondi.

I grandi vasi sono, come dimostra la figura, fortemente colorati, circondati da un'alone di retrazione di tessuto circostante, ma senza quella caratteristica infiltrazione cellulare della tunica avventizia che abbiamo riscontrato nella paralisi progressiva. I piccoli vasi sono straordinariamente aumentati, dilatati, formano spesso anastomosi e si mostrano più o meno fortemente circondati da cellule di glia. Secondo le ricerche di Nissl non si tratta in tali casi di un aumento da gemmazione come avviene nella paralisi progressiva, ma della formazione di nuovi lumi vascolari da parte degli endoteli proliferanti in seguito ad una produzione abbondante di sostanza elastica. In questo processo la tonaca muscolare delle piccole arterie scompare; la figura 2 della tavola VII mostra un vaso in via di formazione ingrandito 100 volte. Si osservano qui le gigantesche cellule avventiziali *a*, e le cellule endoteliali *e*, ugualmente proliferanti in modo rigoglioso. Il lume dei vasi è dilatato; esternamente è ben riconoscibile lo spazio di retrazione. Al contrario non esiste traccia di infiltrazione cellulare come si riscontrava così distintamente nei vasi della paralisi progressiva nella figura 5 della tavola IV. Nella corteccia qui descritta si poterono riscontrare solo in numero limitatissimo le cellule a bastoncello.

Il processo morboso riportato nella figura era esteso a tutta la corteccia, ma in grado molto diverso. Mentre il confronto della nostra figura con la corteccia normale lascia riconoscere senz'altro i profondi mutamenti che hanno qui avuto luogo; in altri punti si è potuto determinare solo ad un esame finissimo la lesione, del resto somigliante. Talvolta queste differenze si mostrano nel medesimo taglio trasverso della corteccia e per lo più gli strati corticali esterni appaiono più profondamente alterati. Talvolta si riscontrarono recenti o antiche piccole emorragie.

È evidente che i quadri morbosi descritti precedentemente possono, specialmente all'inizio, somigliare grandemente al quadro morboso della vera paralisi progressiva. Talvolta ci si accorge di avere errato la diagnosi solo dal decorso così inaspettatamente lento e sopratutto dal non insorgere dei sintomi paralitici generali che sogliono esser così fortemente sviluppati negli ultimi periodi della paralisi progressiva. Essenziale per un giusto giudizio è innanzi tutto il modo di manifestarsi delle lesioni a focolaio. Per il fatto che esse non sono, come nella paralisi progressiva, determinate da fine distruzioni corticali, ma da rammollimenti, le relative manifestazioni sono più fortemente sviluppate e sopratutto più ostinate; esse spesso già all'inizio della malattia costituiscono la parte fondamentale del quadro morboso, ciò che non suole avvenire nella paralisi progressiva. Il caratteristico disturbo paralitico della parola e della scrittura, l'atassia, l'inceppamento sillabico, le trasposizioni letterali e le ripetizioni mancano in questi malati, ugualmente come la generale diminuzione della sensibilità dolorifica. La memoria e la vivacità psichica sono in questi casi conservate meglio che nella paralisi progressiva. Lasciando da parte i casi più gravi associati a demenza vaneggiante, vediamo che gli infermi sono lucidi per quel che riguarda il tempo, il luogo e l'ambiente, riconoscono subito le persone anche dopo un lungo periodo da che non le hanno viste, si ricordano di particolari avvenuti parecchi anni prima, seguono attentamente ciò che avviene nel loro ambiente, si mantengono puliti e ordinati. Tutti questi particolari con l'andar del tempo fanno distinguere questi infermi dai paralitici, nei quali la percezione difficoltata e il disturbo della memoria portano relativamente presto alla insensatezza, alla poca lucidità e alla perdita del contatto intellettivo con il mondo esterno. All'inizio di ambedue le malattie le differenze possono invero essere poco distinte; in questi casi si dovrà essenzialmente considerare che nella paralisi progressiva il disturbo della memoria e della fissazione, in rapporto con la debolezza psichica negli altri campi, risalta molto più che nei disturbi psichici sifilitici. Fi-

nalmente deve essere ricordata anche la grande frequenza delle allucinazioni uditive, che sono molto rare nella paralisi progressiva. Una durevole manifestazione di distinte allucinazioni uditive deve quindi far pensare con grande probabilità alla possibilità di una pseudo-paralisi.

Di speciale difficoltà è a volte la diagnosi differenziale in certi casi, nei quali accanto a estese alterazioni corticali esistono anche grossi tumori gommosi. In tali casi si possono sviluppare stati crepuscolari demenziali con svariati fenomeni paralitici che si possono appena distinguere dagli ultimi periodi della paralisi progressiva, se la papilla da stasi, oppure lo speciale aggruppamento a focolaio dei sintomi morbosi non rendono facile il sospetto di una malattia corticale circoscritta.

Io non posso dire fino a qual punto il trattamento antiluetico può impedire lo sviluppo e il progredire della malattia, perchè la mia esperienza su questo punto non è molto copiosa; tuttavia sono stati riferiti casi a decorso favorevole. Sebbene si debba ammettere che nel cervello malato esistano gravi lesioni prima che si dimostri evidentemente la malattia, pure in vista della gravità di essa dobbiamo attaccarci ad ogni possibilità, sia pure lontana, di un intervento favorevole. Quindi un vigoroso trattamento antiluetico è completamente adatto, appena si possa giustificare in qualche modo il sospetto di una base sifilitica del disturbo psichico.

Quasi ancora più difficile della questione della vera pazzia sifilitica è quella della *psicosi tabetica* (1). Poichè la tabe e la paralisi progressiva non solo sono tra loro in stretta parentela, ma anzi non raramente vanno unite l'una all'altra, si dovrà dapprincipio esaminare la quistione se tutti i disturbi psichici osservati nella tabe non siano forse i segni di una paralisi progressiva in via di sviluppo. L'osservazione ha tuttavia insegnato che tale supposizione non può ritenersi giusta in tutti i casi. Si dànno, benchè non molto frequentemente, accentuate psicosi durante la tabe, che per la loro forma clinica, come per il decorso e per l'esito divergono completamente dalle forme paralitiche.

Lievi mutamenti psichici si riscontrano abbastanza frequentemente nelle forme tabetiche avanzate. Una incertezza della memoria, una stancabilità aumentata, e specialmente alterazioni dello stato emotivo risaltano facilmente. Alcuni infermi sono di umore tetro, senza speranze, pieni di pensieri tristi e di timori; altri invece sorprendono

(1) CASSIRER, *Tabes und Psychose*. 1903.

per il loro umore euforico, per la leggerezza con la quale sopportano la loro malattia, per la fiducia con la quale guardano il loro avvenire. Questi casi ricordano spesso completamente il senso di felicità dei paralitici. La vera e caratteristica psicosi tabetica sembra però che si manifesti con uno stato di eccitamento allucinatorio ad inizio acuto, che per lo più presenta una grande analogia col delirio allucinatorio degli alcoolisti. Gli infermi divengono tutto ad un tratto ansiosi, irrequieti e odono distintamente delle voci. Dalla camera vicina essi vengono accusati di numerosi delitti; essi debbono essere imprigionati, giustiziati; i loro parenti vengono martorizzati, chiedono soccorso. Si possono anche avere allucinazioni di altri sensi. Gli infermi vedono vapori nella camera, uccelli volanti, fuoco; essi si sentono pizzicati, elettrizzati, trapassati da proiettili, odorano vapori di zolfo, sentono veleni nei cibi. L'orientamento resta però intatto; lo stato affettivo suole essere molto vivace.

La durata di questi stati psichici può essere di alcune settimane o di mesi; poi possono scomparire del tutto repentinamente, spesso senza che si abbia una visione perfettamente chiara della malattia; inoltre le ricadute non sono rare. Esistono anche stati allucinatorii-deliranti di brevissima durata che si manifestano forse a modo di crisi; inoltre si possono avere psicosi a decorso anche cronico con disturbi psico-sensoriali e con idee deliranti paranoidi, idee di persecuzione e di grandezza. Forse in questi casi abbiamo sopratutto a fare solo con diverse forme cliniche dello stesso processo morboso; analogamente a ciò noi vediamo anche nella paralisi progressiva, nell'alcoolismo, e specialmente nella *dementia praecox* comparire l'uno accanto all'altro stati morbosi della stessa natura non completamente sviluppati e decorrenti in modo acuto e cronico. Allo stato attuale delle nostre cognizioni non si potrà sempre con sicurezza distinguere se nel singolo caso, lasciando da parte il rapporto tra tabe e paralisi, esista accanto alla tabe anche una pseudo-paralisi sifilitica con la quale la psicosi cronica tabetica sembra abbia una grande somiglianza. La quistione se queste forme siano differenti le une dalle altre e come esse possono essere clinicamente distinte deve essere ancora studiata. Che anche disturbi psichici di tutt'altra natura, specialmente alcoolici, forse anche maniaco-depressivi, catatonici, senili, possano essere solo casualmente associati alla tabe, non ha bisogno che di essere ricordato; la diagnosi per gli speciali sintomi clinici non presenterà allora di solito alcuna difficoltà.

La ragione per ammettere una caratteristica psicosi tabetica deriva sopratutto dal fatto che ai quadri morbosi suddescritti manca completamente la tendenza a progredire nel senso della paralisi pro-

gressiva. La debolezza mentale giunge sempre solo a gradi medii e la capacità di fissazione e la memoria non vi partecipano così fortemente come avviene nella paralisi progressiva. Gli infermi rimangono sempre lucidi, coscienti, vivaci, partecipano a ciò che avviene intorno ad essi, possono occuparsi, conservano ricordi sufficienti, sebbene per lo più lacunari e incerti, degli avvenimenti. Anche i disturbi somatici si sviluppano solo nel senso della tabe. La parola e la scrittura possono sembrare difficoltate, ma non mostrano mai la rapida decadenza che si ha nella paralisi progressiva; anche gli attacchi paralitici mancano. Invece l'atassia e la ipotonia, specialmente agli arti inferiori, e le paralisi della vescica e del retto, i disturbi della sensibilità, il senso di costrizione a cintura, i dolori lancinanti, le crisi, l'atrofia dei nervi ottici, si manifestano sempre più. Anche la forma clinica del disturbo psichico, l'insorgere repentino, i numerosi e modesti disturbi psico-sensoriali, la conservazione dell'orientamento, non corrispondono affatto a ciò che si riscontra nella paralisi progressiva. Infine anche i reperti anatomici che sono stati rilevati in forme tabetiche avanzate sembra che siano differenti da quelli della paralisi progressiva, specialmente per la profondità e l'estensione delle alterazioni patologiche, sebbene anche in tale quistione, non regni affatto una sufficiente chiarezza. Per quel che riguarda il trattamento delle psicosi tabetiche valgono però le medesime norme date per la paralisi progressiva.

Una malattia corticale diffusa e molto importante, che solo nell'ultimo decennio ha richiamato l'attenzione clinica e anatomica, è *l'atrofia cerebrale arterio-sclerotica* (1). I gradi più leggeri dell'arterio-sclerosi cerebrale sono disturbi molto frequenti e in un certo senso manifestazioni quasi regolari della età avanzata. In verità fino ad ora sembra molto dubbio se si debbano comprendere le malattie cerebrali arterio-sclerotiche come una precoce vecchiezza. Contro questo modo di vedere parla sopratutto il fatto che talvolta noi riscontriamo alterazioni arterio-sclerotiche di alto grado nei vasi cerebrali, senza riscontrare una considerevole lesione della capacità psichica. Da ciò si potrebbe dedurre che le psicosi vascolari nelle lesioni arterio-sclerotiche e nei vecchi psichicamente normali, malgrado la loro grande simiglianza, non siano affatto identiche, oppure che nel primo caso dobbiamo considerare le alterazioni vasali solo quali manifestazioni concomitanti secondarie di

(1) Alzheimer, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie LI*, 809; *idem LIII*, 863; *idem LIX*, 695; Binswanger, *Berl. Klin. Wochenschr*, 1894,49.

uno speciale processo patologico che distrugge il tessuto nervoso. Finalmente anche la diversa estensione della malattia a questa o a quella regione, ma specialmente la varia partecipazione dei grandi e dei piccoli vasi, potrebbe spiegare fino ad un certo punto la su accennata contraddizione.

I primi sintomi di una arterio-sclerosi iniziale dei vasi cerebrali consistono in una certa diminuzione della resistenza al lavoro e della memoria. Gli infermi si stancano con grande facilità, non posseggono più la stessa energia e freschezza di prima, indietreggiano dall'intraprendere cose nuove e difficili e perdono la tendenza e la capacità ad attività creatrici. Il loro umore diviene facilmente depresso, scoraggiato, di tempo in tempo piagnucoloso, facile all'emozione, ma anche irritabile e tendente a repentini violenti scoppi. Gli infermi divengono smemorati, commettono sciocchezze incomprensibili, non ritrovano più le loro cose, in viaggio non si orientano più. Di solito esiste un senso molto distinto della malattia che può prendere anche forma ipocondriaca. L'infermo comincia a pensare a ritirarsi dagli affari, ricerca il medico e gli è grato di ogni consiglio; talvolta, per la viva repressione del proprio decadimento psichico, tenta anche il suicidio. Talora si manifesta transitoriamente un lieve stato di confusione, specialmente sotto l'influenza dell'alcool, del sovra affaticamento o di eccitamenti emotivi.

Nel campo somatico sono sopratutto importanti gli attacchi più o meno accentuati di vertigine, di deliquio o apoplettiformi che spesso possono essere accompagnati da lievi sintomi parafasici, da disturbi della sensibilità, da paresi e anche da paralisi. Quali residui di questi disturbi, che per lo più vengono dopo breve tempo quasi del tutto riparati, si riscontra aumento unilaterale dei riflessi, dissimmetria delle pliche naso-labiali, inceppamento della parola, debolezza in un braccio, strascicamento di una gamba, ecc. La reazione pupillare è conservata, al massimo è un po' pigra. Il polso suole essere duro e teso, per lo più un po' accelerato, talvolta anche irregolare; i limiti del cuore sono aumentati verso sinistra, la punta è spostata; i toni cardiaci sono smorzati, il secondo tono aortico accentuato. Spesso le arterie radiali e temporali si avvertono dure, serpeggianti; nelle urine si ritrova spesso albumina.

A questa condizione ora descritta la malattia può restare per lungo tempo, specialmente quando viene seguita una prudente norma di vita. Di solito però prima o dopo si manifestano gravi attacchi apoplettici con le loro conseguenze, i quali sono dovuti ordinariamente ad emorragie della capsula interna. Se i vasi del tronco cerebrale sono fin dall'ini-

zio colpiti dall'arterio-sclerosi più gravemente di quelli della corteccia, allora un attacco apoplettico senza prodromi psichici può essere il primo accentuato sintomo morboso. In questo caso dopo la scomparsa dell'incoscienza e della confusione che accompagnano l'attacco, si vede presso a poco ristabilirsi la capacità psichica. Poichè però le alterazioni vascolari, sebbene in diverso grado, sogliono essere estese a vaste regioni, anzi spesso generali, nel decorso della malattia si sviluppa gradualmente sempre più il quadro della *demenza post-apoplettica* (1). Si tratta in questo caso di una demenza che progredisce ad ogni nuovo attacco. La percezione per le impressioni dell'ambiente, ma specialmente la capacità di fissazione e la memoria, sono diminuite. Gli infermi non riconoscono più i loro amici e infine forse neppure i loro parenti più prossimi, comprendono solo in modo incompleto e frammentario ciò che loro si dice, dimenticano dopo poco ciò che è accaduto, perdono la lucidità riguardo al tempo, al luogo e alle persone. Essi divengono apatici e indifferenti, talvolta per futili cause, puerilmente irritabili e ostinati, dimostrano spesso una allegria e contentezza sciocca, devono essere nutriti e curati come bambini.

Naturalmente esistono tutte le possibili gradazioni per giungere a queste gravi forme di demenza. Si vedono vecchi apoplettici che dopo più di un decennio dall'attacco, lasciano riconoscere accanto ai residui somatici solo una piccolissima perdita nel campo psichico, cioè stancabilità, umore capriccioso e debolezza volitiva, che li rende più accessibili ad influenze e a suggestioni estranee. La spiegazione si può cercare forse in ciò, che la malattia vascolare in questi casi era più limitata, o che sia avvenuto un certo arresto di essa.

Noi dovremo sopratutto ricercare l'essenziale fondamento della debolezza mentale post-apoplettica, non tanto nei focolai di rammollimento, quanto nelle estese alterazioni vascolari con le loro conseguenze per la nutrizione della corteccia. Che il focolaio stesso sia determinato da una emorragia o da un processo endoarteritico, non può costituire una differenza notevole come crede Mingazzini, perchè in ambedue i casi il rammollimento rappresenta solo una parziale manifestazione di un processo morboso più esteso. In séguito quando i focolai aumentano e comprendono anche disturbi corticali più forti, dovremo certamente attribuire anche a questi fatti una considerevole parte nello sviluppo del quadro morboso psichico.

(1). Mingazzini, *Rivista sperimentale di freniatria XXXIII*, 324,1897.

La loro compartecipazione si manifesta specialmente anche nella mescolanza così frequente di disturbi afasici, agrafici, aprassici, simbolici, di sordità verbale e di cecità psichica, che sogliono accompagnare queste forme di malattia cerebrale. Non è qui nostro cómpito di occuparci più intimamente di queste manifestazioni concomitanti; solo si deve osservare che esse in alcuni casi fanno apparire la debolezza psichica molto maggiore di quello che essa sia in realtà. D'altra parte non si può mettere in dubbio che una perdita di lunga durata della facoltà della parola e della scrittura, data la straordinaria importanza di questi mezzi di aiuto psichico per il nostro pensiero, non debba avere gravi conseguenze per la pienezza dell'attività psichica e per il patrimonio rappresentativo.

Dal novero delle malattie cerebrali arterio-sclerotiche si distinguono alcuni gruppi minori, contrassegnati specialmente dalle loro caratteristiche cliniche e anatomiche. Tra queste io voglio principalmente ricordare la *forma grave, progressiva* della malattia. In questa forma abbiamo a che fare con un decorso, che con grande rapidità conduce non solo ad una profonda demenza, ma anche a morte. La malattia comincia molto spesso con un attacco apoplettico, talvolta diversi prodromi indistinti, quali cefalee, smemoratezza, diminuzione della capacità al lavoro, hanno preceduto l'attacco. Nel successivo decorso si manifestano depressioni ansiose; non raramente pronunciate idee di persecuzione, talvolta anche disturbi psico-sensoriali o delirio di peccato. L'infermo crede di aver rubato, ingannato, di dover essere avvelenato, assalito a tradimento, di non potere aver più cibo, domanda aiuto. Per lo più egli diviene molto rapidamente confuso, non si orizzonta più, non riconosce le persone e i luoghi, non comprende affatto o solo incompletamente gli avvenimenti e le parole. Diviene irritabile, recalcitrante, irrequieto, ingiuria, attacca i suoi vicini, passeggia in su e in giù, vuole saltare dalla finestra, recidersi le arterie. L'agitazione in generale aumenta considerevolmente la notte. La nutrizione e il sonno sono gravemente alterati; gli infermi dimagrano rapidamente. D'ordinario si sviluppano per un periodo più o meno lungo stati di profonda confusione con vivace irrequietezza. Gli infermi sono istupiditi, non comprendono, non possono fissarsi su nulla. Non fanno attenzione agli oggetti che loro si presentano o li adoperano in modo asimbolico, cercano di inghiottire le monete che loro si presentano, mettono in bocca il lapis, masticano i peli di una spazzola. Non fanno movimenti di difesa avanti alla punta di uno spillo,

al fiammifero acceso, sebbene sussultino agli stimoli dolorosi. L'umore è fatuo, ora un po' ansioso, ora allegro e talora a colorito scherzoso; non vi ha il senso della malattia. Con tutto ciò gli infermi vivono in una attività quasi ininterrotta, uniforme e senza scopo. Essi si alzano, si avvolgono con le lenzuola, cercano di entrare nella fodera del guanciale, mettono i piedi nel vaso da notte, annodano, strisciano, strofinano, rompono, si spingono goffamente al di fuori, si difendono contro attacchi esterni, ma senza energia, nè tenacia. La loro favella è per lo più indistinta, balbettante, appena comprensibile; parlano senza alcun motivo e il contenuto è povero di pensieri e incoerente, non fanno alcun caso dei loro compagni. Talvolta insistentemente interrogati possono dare anche una risposta quasi assennata. Essi perdono facilmente feci e urine.

Un tale stato forma non raramente l'esito del quadro morboso, durante il quale gli infermi muoiono o per debolezza cardiaca, o più frequentemente in seguito ad una bronco-polmonite. L'eccitamento confusionale può però scomparire di nuovo e dar luogo ad una demenza semplice, tranquilla o continuamente progressiva. Gli infermi vivono allora senza prendere interesse a nulla, comprendono solo le domande più semplici, non hanno alcuna idea del luogo ove si trovano, e da quanto tempo; non mostrano alcun bisogno di occuparsi, di discorrere o di mettersi altrimenti in comunicazione con il loro ambiente. Tuttavia rimangono accessibili, si sforzano di aderire agli eccitamenti del medico, eseguiscono ciò che da loro si richiede, ridono o piangono secondo il tono e il contenuto del discorso. Malgrado la loro grandissima lentezza psichica sono forse ancora in grado di compiere piccoli calcoli; riconoscono anche i membri della loro famiglia, si rallegrano della loro visita, salutano ogni volta il medico con una lieta smorfia. Spesso esistono disturbi parafasici lievi o gravi che riappaiono specialmente dopo che di tempo in tempo si manifestano attacchi di varia intensità.

I fenomeni somatici concomitanti di questa malattia sono naturalmente multiformi. Oltre alle conseguenze degli attacchi e ai sintomi già indicati della lesione vascolare, si deve ricordare specialmente la difficoltà nell'articolazione della parola che tal volta giunge fino ad un distinto scandimento. Anche la scrittura è profondamente alterata. Alcune lettere si possono ancora facilmente riconoscere; e in esse può non rilevarsi una grave atassia mentre molta parte dello scritto può non essere composto che di incomprensibili frammenti di lettere perchè l'infermo ha perduto la capacità al-

l' esecuzione dei singoli movimenti specializzati. Nelle parole che sono ancora leggibili si riscontrano omissioni. Il progressivo peggioramento della scrittura è evidentissimo ed è forse da considerare quale un segno di rapida stanchezza. Riscontrai nei miei infermi sempre conservata la reazione pupillare, sebbene spesso molto pigra.

La durata della malattia dai primi segni ben spiccati è di circa 4 anni, pure vi sono anche casi che decorrono per 6-7 anni e altri che decorrono in un tempo molto più breve e talvolta anche in pochi mesi. Oltre alla estensione delle alterazioni cerebrali, lo stato degli altri organi ha per tale decorso una certa influenza, specialmente lo stato del cuore, dei polmoni e dei reni; inoltre si deve tener conto anche della età. La morte segue nella maggior parte dei casi ad un attacco apoplettico, per paralisi cardiaca o per bronco-polmonite. Il reperto anatomico dimostra di regola i fatti di avanzate alterazioni vascolari: ateromasia dell'aorta e sue diramazioni, ipertrofia e dilatazione del cuore, miocardite, nefrite interstiziale, stasi e talvolta anche infarti nei visceri. I vasi cerebrali sono profondamente inspessiti, serpiginosi, a pareti rigide, la dura e la pia inspessite, la pia quà e là opacata, tutto il cervello più o meno atrofico. D'ordinario si riscontrano, nelle regioni più varie, antiche o recenti emorragie e rammollimenti; i ventricoli cerebrali sono molto dilatati. L'esame microscopico della corteccia cerebrale mostra una innumerevole quantità di focolai sparsi dovunque, che si riscontrano sopratutto in vicinanza dei vasi gravemente colpiti. Il tessuto nervoso è distrutto perciò entro limiti ben netti e la glia in forte proliferazione prende il posto di esso, non dimostrando alcuno, o solo lievissimi indizi di processi regressivi. I vasi stessi oltre alle ordinarie alterazioni arterio-sclerotiche (sfogliamento e rigonfiamento della membrana elastica, ispessimento della parete, processi regressivi della muscolare e della avventizia), presentano accumuli ialini più o meno spessi. Negli spazii linfatici dilatati si riscontrano fini proliferazioni di tessuto connettivo, accumuli di pigmento e cellule granulo-adipose.

Una parte di queste alterazioni è possibile riconoscere nella figura 2 della Tav. VI. Nel confronto colla corteccia normale della tavola XII si vedono subito le gravi lesioni che il processo morboso ha indotto nelle cellule corticali. Anche le poche cellule ancora conservate sono per lo più gravemente alterate, talvolta ridotte a piccoli ammassi oscuri nei quali ancora si possono talvolta riconoscere i nuclei sotto la forma di punti. Tutto il fondo ha un colorito più oscuro,

segno questo che sta a dimostrare le estese alterazioni del tessuto intercellulare. Ovunque, sparsi nel tessuto, sebbene in complesso non molto aumentati, si riscontrano minuscoli nuclei di nevroglia, di colorito molto scuro, contornati per lo più da spazii chiari, spesso ordinati a gruppi, specialmente in vicinanza dei vasi, come, p. es., in *g*.

Inoltre sono specialmente caratteristiche le alterazioni vasali. Le pareti dei vasi sono povere di nuclei o anche prive di questi, totalmente non colorate, in degenerazione ialina e inspessite straordinariamente. Questa trasformazione si riscontra in ugual modo nei grossi come nei piccoli vasi, sebbene non sempre ugualmente pronunciata. Alcuni vasi sono stati indicati nella figura con la lettera *a*; in *a'* si può vedere un doppio lume vasale, come molto frequentemente si riscontra nelle lesioni corticali arterio-sclerotiche. Il processo morboso suole mostrare una certa diffusione a focolaio; accanto a punti gravemente colpiti, come si vede nella nostra figura, si riscontrano regioni in preda a lievi alterazioni. L'intensità della lesione del tessuto nervoso corrisponde di regola a quella dei vasi, sia che la prima sia causata dall'ultima, sia, e ciò mi sembra veramente più probabile, che ambedue siano parziali manifestazioni dello stesso processo morboso. Invece sembra che non esista una perfetta relazione tra la lesione delle grandi arterie e quella dei vasi corticali. Le prime possono presentare gravi alterazioni arterio-sclerotiche, mentre nella corteccia si possono distinguere solamente alterazioni relativamente lievi.

Le fibre nervose scompaiono di regola in grande estensione nelle regioni corticali colpite da arterio-sclerosi. Anche nel midollo spinale si hanno estese e considerevoli degenerazioni di fibre laddove i vasi presentano gravi alterazioni. In tal modo si presentano quadri come quelli della fig. 3 della Tav. VII, la quale rappresenta un taglio frontale che attraversa un emisfero preparato secondo il metodo di colorazione di Weigert. Osserviamo qui che, per lo meno a debole ingrandimento, nella corteccia non si vedono più affatto le fibre; anche nella sostanza bianca l'oscuro colorito normale è quasi del tutto impallidito, ciò che sta a dimostrare la degenerazione di gruppi di fibre. La degenerazione però è sparsa senza che si possa limitare distintamente nei singoli fasci. Molto caratteristiche sono le numerose e larghe fessure e lacune attraverso tutta la sostanza bianca. Esse corrispondono al decorso dei vasi colpiti e mostrano nel modo migliore le gravi distruzioni che hanno avuto luogo. In seguito al raggrinzamento del tessuto dovuto a queste lesioni, tali spazii cavi si sono formati ovunque era possibile un cedimento, in vicinanza dei vasi a pareti rigide.

Binswanger ha descritto col nome di *encefalite cronica subcorticale* quei casi nei quali sono specialmente manifeste queste ultime alterazioni. L'arterio-sclerosi sembra che colpisca preferibilmente in questi casi i vasi della sostanza bianca, mentre le regioni corticali sono meno colpite. La sostanza bianca atrofica prende in tali casi un colore bianco sporco o grigio-chiaro. Clinicamente queste forme si sogliono distinguere per le manifestazioni di varii sintomi a focolaio molto circoscritto, i quali però infine conducono agli stati più gravi della demenza. Poichè i focolai possono avere la loro sede nelle regioni più svariate dal tronco cerebrale fino al ponte, si riscontrano degenerazioni anche a carico delle vie piramidali del midollo spinale.

Alzheimer ha distinto col nome di *gliosi perivascolare* un'altra forma di lesione arterio-sclerotica conosciuta meglio dal punto di vista anatomico che da quello clinico. Si tratta in tali casi della limitazione della devastazione corticale al territorio di determinati vasi, che furono lesi con speciale intensità. L'autore pensa che in questi casi, in seguito ad una circoscritta insufficiente circolazione sanguigna, si sviluppi lentamente un processo simile a quello che abbiamo visto formarsi sotto forma di rammollimento per l'occlusione rapida di un vaso, vale a dire il tessuto nervoso si rammollisce con inserzione di cellule granulo adipose e viene surrogato da proliferazioni di nevroglia. La insorgenza di alcune gravi manifestazioni a focolaio che gradualmente si presentano nel quadro clinico può ben giustificare la presunzione di una sede corrispondente delle alterazioni morbose.

Le lesioni arterio-sclerotiche si sviluppano di regola solo in età avanzata, circa verso i 60 anni, però alcuni casi si iniziano già prima del 50.° anno. In tali casi sembra che esista spesso una predisposizione ereditaria a malattie vascolari; i genitori o i fratelli sono morti ugualmente per attacchi apoplettici. Tra le altre influenze causali debbono specialmente prendersi in considerazione l'abuso di alcoolici e la sifilide, la quale sembra anche favorisca l'insorgenza di malattie vascolari non specifiche. In età più avanzata l'arterio-sclerosi si associa spesso alle vere lesioni senili del tessuto nervoso, per sè stesse indipendenti dalla lesione vascolare. Alzheimer ha chiamato questi casi col nome di « disfacimento cerebrale senile ». La lesione vascolare colpisce di preferenza i vasi corticali che attraversano la pia e produce focolai a forma di cuneo, alquanto infossati, con distruzione del tessuto nervoso e con proliferazione di nevroglia generalmente nei territori di determinate arterie.

La diversità della sede e della estensione delle lesioni arterio-sclerotiche produce, come abbiamo veduto, una enorme multiformità

di quadri morbosi i quali risultano dall'associazione di disturbi somatici e psichici. La loro reciproca differenziazione è già molto difficile per il fatto che le alterazioni anatomiche presentano naturalmente tutti i possibili passaggi tra le singole forme; e presentemente non hanno alcuna importanza pratica, ma solamente scientifica. Al contrario è importante distinguere in modo preciso le alterazioni corticali arterio-sclerotiche dalle demenze di origine del tutto diversa che sono accompagnate da manifestazioni paralitiche, e specialmente dalla paralisi progressiva e dalla sifilide cerebrale.

Per quel che riguarda la paralisi progressiva è innanzi tutto da ricordare che l'età in media è molto più avanzata nelle forme arterio-sclerotiche, fatto però che nei singoli casi non può essere sempre utilizzabile. Bisogna per altro ricordare che la paralisi progressiva è una malattia diffusa del tessuto corticale, mentre nell'arterio-sclerosi si può in generale riconoscere più o meno distintamente l'esistenza di singoli focolai. In relazione a ciò nella paralisi progressiva sin dall'inizio risalta maggiormente l'alterazione psichica generale di fronte ai sintomi somatici. Gli infermi sono incoscienti, non lucidi, mancanti di critica molto prima che si manifestino distintamente i sintomi paralitici, mentre nell'arterio-sclerosi gli attacchi apoplettici sono il punto di partenza dei disturbi psichici. Il disturbo di fissazione negli arterio-sclerotici suole essere molto più profondo che quello della memoria dei fatti passati, mentre nella paralisi progressiva i due disturbi sono per lo più ugualmente sviluppati, oppure sono in rapporto inverso. L'umore nella paralisi progressiva ha un colorito depressivo o espansivo più vivace; nell'arterio-sclerosi è per lo più in modo caratteristico ottuso e vuoto, oppure si mantiene nei limiti di una depressione ipocondriaca o di ansia indecisa; lo straordinario senso di felicità del paralitico non si osserva mai nell' arterio-sclerosi. Anche idee deliranti a sviluppo complesso, specialmente idee di grandezza, mancano completamente, proprio il contrario di ciò che avviene nella paralisi progressiva.

In modo molto interessante si manifesta tale differenza se si incitano gli infermi a riempire le lacune dei loro ricordi con libere invenzioni. Mentre in tal modo si portano i paralitici di regola ad abbellire in modo complesso e ad aumentare progressivamente le loro impressioni deliranti, le invenzioni dell'arterio-sclerotico rimangono misere, senza aggiunte proprie e non vanno al di là di semplici parole imbrogliate. D'altra parte in questi infermi noi riscontriamo gravi oscillazioni della capacità al lavoro; tutto ad un tratto essi mostrano conoscenze non supposte, risolvono in modo soprendente un problema difficile, sebbene in altri

periodi potevano esser apparsi già profondamente dementi. Tali fatti, che nella paralisi progressiva sono molto più rari, indicano che nella arterio-sclerosi spesso non si tratta ancora di una completa distruzione delle capacità psichiche, ma invece di un insufficente funzionamento di esse. Corrispondentemente a ciò gli infermi mostrano per lo più anche una grande stancabilità, come noi non riscontriamo nei paralitici. Finalmente alcune singole capacità possono essere durevolmente ben conservate in confronto al grave stato demenziale. Alcuni infermi sono fino all'ultimo lucidi riguardo al loro ambiente, ogni volta che ricevono le visite dei loro parenti si rallegrano vivacemente, e conservano un senso accentuato della loro debolezza psichica e fisica. Essi presentano, come dicono i francesi, il quadro di una « *Démence lacunaire* », di una debolezza mentale che si compone di molte manifestazioni circoscritte di *deficit*, mentre nella paralisi progressiva si ha una « *Démence globaire* », cioè una demenza che si estende ugualmente a tutto il territorio delle attività psichiche.

Simili differenze si riscontrano anche nel campo dei fenomeni somatici. Nell' arterio-sclerosi le manifestazioni a focolaio sono più sviluppate e più tenaci, come paralisi circoscritte con spasmi, contratture, afasia, asimbolia, cecità verbale, cecità psichica, emianopsia, disturbi stereognostici. Il disturbo della parola è per lo più paretico; nella scrittura prevalgono le semplici omissioni e i disturbi paragrafici sopra gli atassici e sulle trasposizioni letterali. La reazione pupillare è per lo più conservata. Finalmente anche i sintomi riconoscibili all'esterno dell'arterio-sclerosi nelle radiali, nelle temporali, nei vasi retinici, i sintomi cardiaci, l'esame delle urine, ecc., potranno essere dei dati in appoggio alla diagnosi, mentre la lesione dei vasi corticali può essere ora più lieve, ora però più grave, che nel resto del corpo. Nei primi periodi della malattia, nei quali la diagnosi differenziale con la paralisi progressiva è specialmente importante, parlerà meglio per l'ipotesi dell'arterio-sclerosi il forte predominio dei disturbi generali somatici, come dei disturbi nervosi di fronte a quelli psichici poco pronunciati, spesso osservati meglio dall'infermo stesso che dai parenti.

Le forme più lievi dell'arterio-sclerosi possono essere distinte solo con grande difficoltà dalla semplice *debolezza mentale sifilitica*. Quando l'età, l'anamnesi e talvolta anche il risultato della cura non rendono facile la diagnosi, si dovrà considerare specialmente il decorso molto più lento nel primo caso. Nel quadro della debolezza mentale luetica mi sembra inoltre che il disturbo della memoria e della fissazione dei ricordi sia meno accentuato; le manifestazioni a focolaio

sono molto meno variate e mutevoli di quelle dell'arterio-sclerosi; anche le paralisi dei muscoli oculari, le affezioni del nervo ottico, la rigidità pupillare possono avere un certo peso per la differenziazione, come, naturalmente, anche il riscontrare i segni morbosi sifilitici in altre parti del corpo. Anche nella pseudo-paralisi sifilitica manca il decorso sempre progressivo che si riscontra in quelle forme ad essa consimili delle gravi malattie arterio-sclerotiche. Nel campo psichico essa mostra un quadro morboso più ricco, le cui svariate idee deliranti e specialmente i disturbi psico-sensoriali non riscontriamo mai nell'arterio-sclerosi. Il grado della debolezza mentale che in quei casi viene raggiunto suole essere essenzialmente più lieve; specialmente l'orientamento, la coscienza e la memoria sono di regola meno colpite che nell'arterio-sclerosi. Anche in tali casi si tratta di una demenza « lacunare », ma anche con maggiore durata della malattia il *deficit* non diviene quasi mai così grave come nell'arterio-sclerosi, nella quale finalmente le singole lacune comprendono completamente o quasi tutte le attività psichiche. Per quel che riguarda i fenomeni somatici concomitanti, per la differenziazione valgono i medesimi punti di vista che servono per le forme più lievi di ambedue le malattie.

Il trattamento della arterio-sclerosi iniziale richiede sopratutto la quiete, l'allontanamento dagli affari, l'evitare gli eccitamenti emotivi e gli alimenti che hanno una azione sopra i vasi, specialmente alcool, caffè forte e thè, e l'abuso di tabacco da fumo. Anche grandi fatiche somatiche, come ascensioni, l'andare in bicicletta, ecc., sono da evitare, mentre sembra sia opportuno un misurato moto all'aperto. Se per arrestare la lesione vascolare sia adatta la cura di ioduro di potassio, come è stato raccomandato, per favorire la decalcificazione, oppure sieno adatti cibi poveri di calcio e di lattato di soda, è molto dubbio. I successivi periodi della malattia, a causa della incoscienza e della debolezza degli infermi, richiedono spesso un trattamento molto accurato nel quale il riposo a letto, il letto con materassi speciali per la tendenza che hanno gli infermi alla gangrena da compressione, e i bagni a permanenza hanno una parte principale. Per il resto ci dovremo limitare a fare una nutrizione regolare, a badare alla pulizia e al sonno, a proteggere gli infermi da incidenti traumatici e a sorvegliare l'attività cardiaca.

È a dubitare se la serie delle malattie diffuse della corteccia cerebrale sia esaurita con le forme fino ad ora enumerate. Noi riscontriamo molto spesso casi patologici che sembrano apparte-

nere a questo campo, ma che nè clinicamente nè anatomicamente si possono collocare in uno dei gruppi noti. Così vorrei ricordare brevemente un quadro morboso caratteristico che ho osservato parecchie volte negli ultimi anni, ma che è rimasto per me enigmatico. Si trattava di uomini vicini alla cinquantina, che talvolta dopo lievi prodromi cadevano tutto ad un tratto in uno stato di agitazione vivace e con idee di grandezza che ricordavano completamente quelle della paralisi progressiva. Uno di questi infermi diceva di essere l'imperatore di Germania, voleva comperare l'impero germanico, un altro possedeva gioielli per 80 miliardi, un terzo possedeva 200000 marchi. I malati erano assolutamente distraibili, presentavano fuga di idee, davano solo brevi risposte frammentarie, prima coerenti, poi le risposte divenivano incoerenti e senza scopo. L'orientamento sembrava pressochè conservato; non si posero mai in evidenza disturbi psico-sensoriali. L'eccitamento si è sviluppato sempre con rapidità fino ai maggiori gradi; si sviluppava una tendenza a movimenti insensati uniformi, come strofinare, rotolarsi, fare smorfie, scuotersi, arrampicarsi. Contemporaneamente la favella divenne indistinta sicchè era possibile comprendere appena alcune parole dei discorsi degli infermi che ciarlavano senza posa. Con tutto ciò la percezione sembrò sempre ben mantenuta; gli infermi reagivano rapidamente agli stimoli, ma in modo insensato con gesti strani e con esclamazioni frammentarie, incoerenti. Mancava sempre completamente qualunque sintoma paralitico. Questo stato durò molti mesi, in un caso circa due anni senza alcun mutamento. Una volta l'esito fu in demenza apatica; in un altro infermo si sviluppò accanto ai segni della debolezza mentale uno stato stuporoso che ancora perdura. In tre di questi malati si ebbero tutto ad un tratto gravi attacchi di incoscienza con fenomeni convulsivi, durante i quali due infermi morirono. Il reperto anatomico mise in evidenza al microscopio lesioni gravi e diffuse nelle cellule nervose, degenerazione delle fibre, alterazioni vascolari, ma non si riscontrò nè il reperto della paralisi progressiva, nè quello della catatonia o quello dell'arterio-sclerosi. Tutti questi infermi erano stati diagnosticati successivamenle come maniaci, paralitici o catatonici; il decorso, l'esito e il reperto anatomico ha insegnato invece che non esisteva alcuna di queste malattie, benchè il quadro clinico contenesse gli accenni di ognuna di esse, quali la distraibilità, l'umore elevato, la fuga delle idee da una parte, lo stimolo insensato al movimento e il contegno ostile dall'altra, è infine anche gli attacchi convulsivi, le idee di grandezza e i disturbi della parola.

Poichè abbiamo tutte le ragioni per credere che i processi psichici siano collegati all' attività di regioni corticali molto estese, non ci meraviglieremo del fatto che le *malattie cerebrali circoscritte* non producano sempre disturbi psichici, ma li producano solo quando in qualunque modo partecipano distretti corticali più estesi, sia ciò dovuto ad aumento della pressione generale o locale, o a disturbi circolatori o all'accumulo di materiali tossici. In prima linea dobbiamo ricordare i *tumori cerebrali*. GIANNELLI in 218 casi di tumori del cervello riscontrò disturbi psichici in 209 casi. Sarebbe da attendersi che i tumori producano sempre lesioni delle funzioni psichiche quando hanno loro sede nella corteccia cerebrale; ma nei casi nei quali la corteccia non vi partecipa in grande estensione, oppure quando il tumore aumenta in modo lento, possono mancare le concomitanti manifestazioni psichiche. Vero è che fenomeni psichici si riscontrano talvolta anche per tumori molto piccoli e circoscritti, ma in tali casi si dovrà pensare sempre alla possibilità di azioni infiammatorie o d'altra natura su un territorio più esteso; talvolta anche alla possibilità di malattie corticali concomitanti d'altro genere.

D'altra parte è certo che anche tumori situati affatto al difuori della corteccia possono produrre considerevoli disturbi psichici. I tumori del corpo calloso, secondo riferisce SCHUSTER, vanno senza eccezione associati a sintomi psichici; quelli della regione ipofisaria circa nei $^2/_3$ dei casi, quelli del cervelletto in $^1/_2$, quelli del tronco cerebrale in $^1/_4$ dei casi. Qui può essere che si tratti essenzialmente solo di azioni a distanza per un generale aumento di pressione, o perchè è difficoltata la circolazione del sangue venoso o arterioso. Solo nei tumori del corpo calloso potrebbe avere una parte essenziale la distruzione delle numerose comunicazioni tra i due emisferi cerebrali.

In generale l'azione sopra i processi psichici, dei tumori aventi sede fuori dalle regioni corticali dipenderà dal volume che essi possono raggiungere senza produrre là morte, oppure, e più propriamente dal restringimento dello spazio nella cavità cranica. Quanto sia importante tale ultima circostanza si rileva dalla osservazione che anche tumori voluminosi, malgrado la partecipazione della corteccia cerebrale, possono decorrere a volte quasi senza manifestazioni psichiche quando distruggono lentamente il tessuto nervoso senza sopprimerlo. Un mio infermo, al quale un tumore tubercolare più grosso di un pugno sviluppatosi in seguito ad un trauma aveva distrutto la maggior parte del cervello frontale destro insieme alla corteccia di questo, fino a pochi giorni prima della morte non presentò alcun disturbo della coscienza e dell'intelligenza,

ma solo una moderata debolezza mnemonica osservata dall' infermo stesso. Invece spesso vediamo che tumori delle meningi producono pronunciati disturbi psichici appena esercitano una compressione locale o generale.

Riguardo ai diversi modi d'azione dei tumori che hanno sede prossima o lontana alla corteccia è forse giusta la osservazione fatta da Schuster sopra i casi che egli riferisce, che cioè ai tumori prossimi alla corteccia corrispondono di regola quadri morbosi psichici a sviluppo molto più ricco, mentre quelli più lontani producono con grande frequenza una semplice diminuzione progressiva delle attività psichiche. In tali casi i sintomi di una paralisi corticale sono più appariscenti, mentre nei casi sopra detti si manifestano frequentemente azioni irritative.

Nei singoli casi i quadri morbosi psichici mostrano una grande diversità, come del resto ci si poteva aspettare vista la diversità delle cause fondamentali. Con maggiore frequenza, cioè in 423 casi sopra 775 casi di disturbi psichici da tumore cerebrale, si sviluppa, come ha riferito Schuster, una debolezza psichica gradualmente crescente. Gli infermi divengono spossati, disattenti, smemorati, poveri di pensiero, indifferenti, si stancano facilmente, perdono sempre più la tendenza e la capacità ad una continua attività. Benchè forse all'inizio le attività prima acquisite, quali la memoria e la critica, non siano profondamente disturbate, pure ogni attività psichica costa all'infermo una fatica sproporzionata. Egli mostra un certo inceppamento e un certo grado di stupore che possono aumentare talvolta fino al coma. A ciò, sempre secondo la sede e l'estensione del tumore, si aggiungono le manifestazioni più svariate di irritazione e di *deficit,* come attacchi convulsivi, paralisi, disturbi afasici, ed *emianopsici*, ecc. Nei casi nei quali questi sintomi mancano o sono poco pronunciati, ciò che è spesso il caso dei tumori della regione frontale, il quadro clinico può avvicinarsi molto a quello della paralisi progressiva. Per la diagnosi differenziale si dovrà considerare in tali casi specialmente la mancanza della rigidità pupillare e del caratteristico disturbo paralitico della parola.

Secondo la rassegna fatta da Schuster gli altri sintomi più frequenti sono la accentuata irritabilità con stati di eccitamento transitori violenti; inoltre stati di depressione con idee di peccato e di persecuzione. I tumori delle regioni corticali posteriori sembra che producano facilmente stati deliranti con disturbi psico-sensoriali, benchè i disturbi psichici in questa sede non siano così frequenti come nei tumori

dei lobi frontali. Anche nei tumori del cervelletto io ho visto comparire più volte molto distintamente disturbi psico-sensoriali. Un infermo affetto da cecità per tumore cerebrale e che era anche bevitore, credeva di fare lunghi viaggi, vedeva avanti a sè contrade splendide e piccoli bicchierini di acquavite che cercava di prendere; un altro non bevitore, malgrado avesse completa atrofia dei nervi ottici, vide per mesi interi « quadri » mutevoli, e con una sordità gradualmente progressiva e infine completa, sentiva spesso pronunciare il suo nome e si sentiva rivolgere ingiurie.

Non raramente si riscontra nei tumori cerebrali un umore sorprendentemente allegro che sta in vivo contrasto con la spossatezza degli infermi e con la mancanza di speranza pel loro stato. Tale umore può andare unito ad aumentata distraibilità, a leggera fuga di idee, a facilità a ciarlare, ad eccitamento, ma molto più spesso all'impronta di una allegria vuota, fanciullesca, con tendenza a giuochi di parole, a dire corbellerie, a commettere azioni sciocche. Da ciò che riferisce Schuster sembra che questi disturbi siano stati osservati di preferenza nei tumori della regione frontale. Speciali considerazioni meritano infine anche quei casi di tumori cerebrali nei quali si sviluppano sintomi isterici, specialmente convulsioni associate ai noti fenomeni concomitanti, stati di eccitamento psicogeno e talvolta anche paralisi isolate e disturbi della sensibilità. Esistono parecchie osservazioni nelle quali queste manifestazioni morbose hanno velato i sintomi del tumore cerebrale e hanno condotto a fare la diagnosi sbagliata di isteria. La diagnosi esatta della malattia sarà possibile in questi casi, come del resto in tutti gli altri quadri patologici, sempre e solamente dai segni somatici, quando questi rendono verosimile l'ammissione di una malattia a focolaio di una determinata sede. Non c'è bisogno di ricordare che di fronte alla diagnosi d'isteria il riscontrare la papilla da stasi e altri disturbi che non possono essere di origine psicogena è di speciale importanza.

Non è còmpito nostro occuparci qui estesamente della possibilità della cura. La cura antiluetica si deve compiere solo nei tumori gommosi; in quei casi nei quali è possibile una sicura diagnosi di sede e nello stesso tempo questa sede è accessibile. si può ricorrere ad un intervento operativo.

Gli *ascessi cerebrali* possono decorrere senza alcun disturbo psichico per molto tempo, specialmente se si sviluppano molto lentamente. Io vidi uno scrivano che aveva prestato il suo servizio fino al suo ingresso nell'Asilo e che quindi si era ammalato con manifestazioni di lieve stupore e con attacchi convulsivi che somigliavano completamente agli

attacchi isterici. Quando tre settimane dopo in uno di questi attacchi morì, si riscontrò un ascesso della grandezza di una mela nel lobo temporale sinistro. Negli ascessi traumatici recenti lo stupore e il sintoma più appariscente del quadro morboso. Gli infermi non comprendono il loro ambiente e neppure le parole a loro rivolte, dànno risposte completamente sbagliate, non prendono interesse a nulla, sono irrequieti, recalcitranti, delirano talvolta in modo sognante, incoerente. A tutto ciò può unirsi catalessia, afasia, epilessia corticale, rallentamento del polso, respiro di Cheyne-Stockes e altri fenomeni di irritazione.

I disturbi psichici nelle *emorragie, embolie e trombosi cerebrali*. sono di regola solo in piccola parte dipendenti da lesioni locali. Susseguentemente all'attacco apoplettico gli infermi sono per lo più stuporosi, disorientati, confusi, non riconoscono chi li avvicina, commettono azioni errate. Transitoriamente si manifestano talvolta vivaci stati di eccitamento uniti ad alte grida con tendenza a fuggire, a resistere.

Questi disturbi acuti sogliono, nel successivo decorso, scomparire, ma contemporaneamente si rendono manifesti i sintomi di quelle lesioni vasali diffuse che nella grandissima maggioranza dei casi sono la causa dell'emorragia o dell'occlusione vascolare, specialmente i sintomi dell'arterio-sclerosi o dell'endo-arterite luetica. Diversamente avviene per quel che riguarda l'*embolia* che dipende da altri fatti. In questi casi può mancare completamente un indebolimento permanente delle attività psichiche, sebbene questo dapprincipio venga scambiato con disturbi afasici e parafasici. Così in un giovane infermo malato di cuore, caduto sotto la mia osservazione, che fu colpito da una emiplegia sinistra verosimilmente da embolo, con emianestesia, emiacusia, paralisi dell'adducente e del trigemino. restringimento del campo visivo, e che poco tempo dopo fu colpito anche da una emiparesi destra con convulsioni, si manifestò un caratteristico *agrammatismo* che lo faceva parlare come un bambino, non usando egli alcuna costruzione e col modo infinito. Quando a poco a poco questo disturbo con tutti gli altri sintomi scomparve e l'infermo con una certa fatica potè vincere la tendenza sempre esistente a parlare col modo in nito, risultò che l'intelligenza era completamente conservata, anzi sorpassava considerevolmente la media.

Un gruppo speciale molto importante che appartiene a tale categoria è dato dai disturbi psichici dovuti a *gravi lesioni traumatiche del capo* (1). Anche se non abbiamo a fare con lesioni circoscritte

(1) Guder, *Die Geistesstorungen nach Kopfverletzungen*. 1886; Köppen, *Archiv f. Psychiatrie, XXXIII*, 568.

della corteccia (emorragie, pressione per frattura delle ossa, lesioni cerebrali per scheggie ossee), le forti commozioni cerebrali sembra possano provocare mutamenti permanenti e profondi nelle cellule corticali, sulla cui natura però non sappiamo fino ad ora nulla di sicuro. È da considerare inoltre che per il contraccolpo possono essere provocate contusioni e stravasi sanguigni lontani dal punto ove agì il trauma, specialmente alla base del cervello, nei lobi prefrontali, nei lobi temporali e nei lobi occipitali.

Quali disturbi psichici traumatici nel senso stretto della parola dobbiamo distinguere essenzialmente il *delirio traumatico e la demenza traumatica.* A queste si aggiunga ancora l'importanza causale delle lesioni del capo per lo sviluppo dell'epilessia e infine la cosidetta *nevrosi traumatica*, che per il suo caratteristico modo di origine dovremo trattare in altro luogo. La prima conseguenza di una grave commozione cerebrale è la perdita di coscienza, di durata maggiore o minore, alla quale può aggiungersi uno stato confusionale che talvolta dura per settimane. Gli infermi provano difficoltà a pensare, non sanno bene orientarsi riguardo al luogo e al tempo, non comprendono più la loro posizione e di regola non hanno alcun ricordo o solamente un ricordo poco chiaro di ciò che è loro accaduto e che raccontano nei diversi periodi in modo diverso. Non raramente si è riscontrata anche *amnesia retrograda*. Uno dei miei infermi che era caduto da un treno in corsa, dapprincipio non si ricordava affatto di avere intrapreso un viaggio e neppure dove doveva andare; solo dopo alcuni mesi riacquistò su per giù il ricordo fino al momento della caduta. Gli infermi percepiscono male, perdono facilmente il filo, non si possono bene orizzontare, favoleggiano. Sono irritabili, ostinati, irrequieti, anzi brutali, spesso piagnucolosi, parlano molto, non hanno una lucida coscienza della loro malattia, si ritengono completamente sani e non comprendono ciò che si vuole da loro. In uno dei miei infermi si sviluppò pochi giorni dopo di essere stato colpito con un colpo fortissimo di sedia sul capo uno stupore durato per mesi, durante il qualo l'infermo, secondo quel che riferiva, aveva « come della carta avanti i pensieri ». In questo stato, da cui si risvegliò repentinamente con un ricordo poco chiaro, venne dal medico creduto demente. Talvolta i possono dimostrare anche varii disturbi parafasici, asimbolici, paraprassici, che scompaiono molto lentamente. Un mio infermo, un mese dopo il trauma che probabilmente aveva prodotto una frattura della base del cranio, non era in grado ancora di riconoscere in modo giusto delle figure, dava agli oggetti a lui presentati nomi errati, benchè li

riconoscesse, non era in grado di fare a memoria disegni semplici e aggiunse ad alcune parole delle terminazioni insensate. Residui di questi disturbi si potevano dimostrare ancora dopo sei mesi.

In alcuni casi le conseguenze dirette del trauma scompaiono molto rapidamente; talvolta non si ha vera mancanza di coscienza. Prima o poi però si dichiara un pronunciato mutamento di tutto lo stato psichico. L'infermo si stanca facilmente, diviene smemorato, distratto, si lamenta di vertigini, di stupore, di ronzio alle orecchie, di senso di pressione al capo. Egli diviene irritabile, violento, a periodi ansioso, depresso, mostra per lo piu un grave senso di malattia. A tutto ciò si aggiungono attacchi epilettici, tanto in forma di convulsioni quanto di vertigini, più raramente stati crepuscolari; del resto è noto che le commozioni cerebrali possono produrre il quadro della semplice epilessia. In un caso da me osservato il primo ed unico attacco convulsivo si manifestò dopo tre settimane dal trauma al quale non successe incoscienza, mentre il mutamento psichico si manifestò distintamente solo dopo cinque anni. Tali lunghi intervalli non sembrano affatto straordinari. Nel successivo decorso lo stato del malato suole cambiare lentamente e solo in minima misura. Può verificarsi però talvolta lo sviluppo di una accentuata debolezza mentale, sebbene per lo più non si manifesti. « L'intelligenza non cresce insieme con lui » disse il padre di un ragazzo che alcuni anni prima era precipitato da un quarto piano e che aveva riportato una frattura della base del cranio con atrofia del nervo ottico e glicosuria e che al tempo della mia visita, sebbene completamente cosciente, presentava un carattere puerile, irritabile e smemorato.

Quasi sempre dopo gravi commozioni cerebrali si riscontrano alcuni sintomi nervosi che stanno ad indicare una malattia organica cerebrale. Nei primi periodi io ho osservato rigidità pupillare, però non persistente; inoltre ineguale innervazione delle due parti della faccia, tremore della lingua, dei muscoli periorali, deviazione della lingua, ma specialmente, con molta frequenza, un forte aumento dei riflessi tendinei. Per lo più si ha una speciale sensibilità per l'alcool. In alcuni casi si sviluppa dopo il trauma un quadro morboso simile alla paralisi progressiva, pure mancano la rigidità pupillare riflessa, i caratteristici disturbi della parola e il decorso progressivo relativamente rapido. In alcuni di questi casi si sono riscontrati disturbi arterio-sclerotici molto estesi. Una vera paralisi progressiva non suole essere prodotta da traumi al capo.

Il *trattamento* della pazzia dopo lesioni traumatiche del capo potrà avere nei casi recenti buoni risultati col togliere con atti operatori la

compressione delle ossa o le schegge ossee. Al contrario l'esperienza ha insegnato che nella debolezza mentale traumatica i risultati sono poco favorevoli, quando compressioni ossee, dolori da cicatrici, convulsioni unilaterali indicano una determinata sede della lesione. In questi casi la trapanazione con l'asportazione delle parti lese raggiunge solo transitoriamente un miglioramento; ma dopo qualche tempo sogliono ritornare i fatti morbosi. Da ciò dobbiamo concludere che in realtà in tali casi non si tratta di alterazione limitata della corteccia cerebrale, ma di una lesione estesa, che non si può più rimuovere con l'intervento locale.

VIII

La pazzia dell' età involutiva

Sotto il nome di pazzia dell'eta involutiva noi intendiamo riunire tutti quei disturbi psichici che stanno in rapporto causale coi generali *mutamenti dell'età avanzata.* Senza dubbio esiste tutta una serie di malattie psichiche che possono insorgere nei periodi più differenti della vita, e noi osserviamo anche nel periodo della involuzione i disturbi più multiformi senza una stretta dipendenza dall'età, come avviene nella pazzia da infezione o da alcool. Alcune altre psicosi per ragioni esterne o interne si manifestano più frequentemente in questo che in altri periodi della vita, così la paralisi progressiva e anche la psicosi maniaco-depressiva. Infine però non si può dubitare che nel periodo della decadenza fisica sopravvengano forme ben determinate di pazzia, le quali nella loro evoluzione clinica tradiscono l'origine dei processi regressivi. In modo speciale ciò vale per la vera senilità; ma anche prima dei 50 anni cominciano a manifestarsi, nell'insorgere di forme caratteristiche di pazzia, i primi segni della regressione psichica. Un limite netto naturalmente non si può tirare tra questi due periodi di vita. Tuttavia i disturbi psichici degli anni della involuzione portano, malgrado alcuni tratti comuni, una impronta un po' diversa da quelli della vera vecchiaia. La forma caratteristica è in prima linea la *malinconia;* accanto a questa avremo ancora da descrivere il caratteristico *delirio presenile di colpevolezza.* L'ultimo capitolo è formato invece dalle diverse forme della *demenza senile.*

A. — *La malinconia* (1)

Col nome di malinconia indichiamo *tutte le depressioni patologiche ansiose dell'età matura, le quali non rappresentano fasi perio-*

---

(1) v. Krafft-Ebing, *Die Melancholie;* Christian, *Etude sur la mélancolie,* 1876; Voisin, *De la mélancolie.* 1881; Dumas, *Les états intellectuels dans la mélancolie.* 1895; Roubinowitch et Toulouse. *La mélancolie.* 1897.

diche del decorso di altre forme di pazzia. Oltre al disturbo emotivo appartengono di regola al quadro morboso della malinconia anche *delirii*, specialmente il delirio di colpa, ma anche idee di persecuzione e rappresentazioni ipocondriache.

Lo sviluppo della malattia è lento, dopo che per lo più per mesi, talvolta anche per anni, avevano preceduto prodromi indistinti, quali dolore di capo, insonnia, mancanza di appetito, ottundimento, spossatezza, pesantezza delle membra, cardiopalmo, ronzio alle orecchie, svogliatezza al lavoro. Gli infermi divengono abbattuti, scoraggiati, piagnucolosi, ansiosi; insorgono pensieri confusi, preoccupazioni, timori, dubbii, auto-rimproveri. Essi si sentono gravemente malati, stupidi, sono distratti, smemorati, non terminano alcun lavoro, si lamentano e languono. Vero è che tra questi periodi vi sono sempre alcuni giorni o ore libere; solo gradualmente diviene sempre più chiaro che la depressione, creduta forse dapprincipio conseguenza di un avvenimento triste, acquista una estensione patologica.

Sopratutto si dimostra molto presto lo sviluppo di *idee di peccato*, specialmente caratteristiche del quadro morboso malinconico. Talvolta gli infermi si accusano solo con espressioni generiche. Essi dicono di essere cattivi, di non valere più nulla, che sono pieni di errori e di malizia, che hanno commesso mancanze, fatto qualche cosa di sciocco, di avere ingannato, di avere compiuto attentati al pudore, di non aver vissuto come dovevano. In generale però le autoaccuse si riannodano a determinati avvenimenti più o meno innocenti, spesso molto lontani. Così un malato di 59 anni si accusava di aver rubato da ragazzo « mele e noci », di « aver toccato la vagina di una vacca ». La coscienza si risveglia; « certamente sarebbe stato meglio se si fosse risvegliata prima » rispondeva questo infermo alla mia obbiezione, che cioe prima egli non aveva il pensiero che tutto ciò fosse peccato. Altri si accusano di aver cacciato in modo scortese un mendicante, di aver tolto la crema al latte, di non aver chiamato a tempo durante la malattia il medico, di aver provocato la morte di un parente per insufficiente cura, di non aver avuto pazienza nel puerperio, di aver detto cose non vere, di avere ingannato qualcuno nel comperare, di non aver adoperato tutta la sua attività nel disimpegno del suo impiego. Per aver preso in affitto un appartamento, per aver intrapreso una nuova costruzione, per aver acquistato qualche cosa in modo irriflessivo, per un tentativo di suicidio, hanno condotto la famiglia alla miseria; essi non dovevano andare al manicomio, chè tutto allora sarebbe andato diversamente. In casi speciali la base è data da veri peccati più serii, che l'infermo in tempi normali

aveva da lungo tempo dimenticato, ma che ora insorgono di nuovo minacciosamente nella sua memoria. Frequentemente le autoaccuse appartengono al campo religioso. L'infermo non può pregare più come prima, ha perduto la fede, la benedizione di Dio, non ha bruciato abbastanza candele, è divenuto infedele a Dio, posseduto dal demonio; è stato abbandonato dallo spirito divino; il cattivo nemico è venuto a prenderlo. Sembra all'infermo di non potere entrare in chiesa; egli deve con i suoi peccati andare nell'eternità e liberare povere anime.

Un buon esempio dello stato psichico di simili infermi è dato dal seguente frammento della lettera di una contadina maritata, a sua sorella:

« Io voglio comunicarti che ho ricevuto il dolce. Ti ringrazio molto, ma non ne sono degna, tu l'hai spedito nell'anniversario della morte della mia bambina perchè non son degna di riceverlo nel mio giorno natalizio; debbo piangere fino a morire, io non posso nè vivere nè morire, perchè io ho tanto peccato e porto mio marito e i miei figli all'inferno. Noi siamo tutti perduti; non ci vediamo più, io vado all'ergastolo, le mie due figlie pure se non si uccidono perchè sono nate dal mio ventre. Oh fossi rimasta nubile! Io conduco alla rovina tutti i miei bambini, 5 bambini! Troppo poco è tagliata la mia gola, sempre faccio indegne confessioni e comunioni; io son caduta e in mia vita non mi è mai accaduto; io sono colpevole se mio marito è morto e ancora di altre cose. Dio ha fatta incendiare il nostro paese per colpa mia; io attiro molta gente nel manicomio... Il mio buono e bravo Giovanni era così devoto che si è dovuto togliere la vita; egli aveva ricevuto 19 marchi la Domenica bianca, e a 19 anni la sua vita è finita. Le mie due bambine sono lì, senza padre senza madre senza fratello e nessuno le prenderà in isposa per la loro cattiva madre. Dio mi dà tutto nell'idea; io posso scriverti tutto un foglio di veri significati; tu non hai veduto quali segni son stati fatti . . . Io ho inteso che qui non abbiamo bisogno di niente e che siamo perduti . . . »

È da osservare accanto alle accentuate idee di peccato la convinzione delirante che il marito fosse morto e che il figlio dovesse uccidersi; specialmente però la tendenza a trovare « segni » e « significati » che invia Iddio (19 marchi e 19 anni), il rammarico perchè è fallito un tentativo di suicidio di tagliarsi la gola, finalmente la osservazione che l'inferma si è accorta solo ora di tutti i suoi peccati.

Griesinger ha ritenuto l'insorgere delle idee di peccato sulla base fondamentale dello stato depressivo come una specie di *tentativo di spiegazione* che l'infermo intraprende per rendersi conto dell'origine del malessere risentito sgradevolmente, simile a quello che fa il soggetto normale, il quale dopo un grave colpo del destino tende a ripensare agli errori e alle mancanze che forse hanno aiutato a produrre la disgrazia. È verosimile che esista un rapporto più profondo tra depressione e delirio di peccato, ma difficilmente questo è dovuto a ri-

flessione. Ciò insegnano nel modo migliore i frequenti casi nei quali gli infermi si difendono addirittura con tutte le loro forze contro gli autorimproveri che insorgono numerosi. Si sente spesso dire da questi malati: « Io non ho fatto nulla, io non ho fatto alcun che di male, non ho rubato, non ho tradito la patria ». Altri temono che per la morte di un parente si possa avere sospetto che essi lo abbiano ucciso con veleno (« è stato trovato il veleno »?); temono di essere portati avanti al tribunale perchè hanno detto male dell'imperatore, perchè hanno compiuto un attentato.

Per la origine comune delle idee di peccato e delle idee depressive da un cambiamento morboso dello stato generale, parla anche la osservazione frequente, che le auto-accuse si riannodano successivamente a tutte le azioni e avvenimenti dell'infermo. Questi si accorge di commettere sempre nuovi errori, di parlare scioccamente, di offendere tutti. « Ciò che io faccio è sbagliato; io debbo ritrarre sempre tutto ciò che dico ». L'infermo crede sempre di recare troppo incomodo, è sua colpa se gli altri si lamentano di essere portati via. « Può essere che io sia quello che ha commesso tutto ciò » diceva un infermo. Il malato crede di essere stato lui a far rinchiudere gli altri infermi, deve pensare a tutti, è responsabile per tutti, si lamenta perchè non è capace di nutrire gli altri, di fare il servizio di capo infermiere, di pagare per tutti. Quando egli mangia tutti devono patire la fame.

In tali casi tutto ciò che avviene nell'ambiente acquista subito una importanza speciale per il proprio bene e pel proprio male. Così la inferma di cui abbiamo riportato la lettera diceva che la pettinatura contorta dei suoi capelli significava che suo marito si era appiccato, i fazzoletti da collo delle compagne indicavano la malattia dei bambini. L'infermo riporta a sè stesso ogni parola di altri infermi; questi sono irrequieti per sua colpa, lo ingiuriano, parlano delle cose sue. L'infermo sente di essere di troppo, non appartiene a quell'ambiente, dovrebbe andar via, è per tutti una trave negli occhi. Agli altri non va a grado la sua presenza, la risentono come una offesa, non possono più sopportarlo in mezzo a loro. Egli è disonorato, viene deriso, non può farsi più vedere.

Al quadro fin qui descritto del delirio di peccato si aggiungono non raramente anche altri elementi depressivi che possono svilupparsi in varia maniera. Il più di frequente si tratta del timore di gravi castighi; ed è per così dire la conseguenza della loro colpevole coscienza. L'infermo è talmente pieno di peccati e abbietto che Dio non può più perdonargli; egli sarà dannato, gettato all'inferno.

Sarà portato via, avanti al tribunale, sarà rinchiuso all'ergastolo, esposto al pubblico, giustiziato, gettato nel fuoco, nell'acqua bollente, affogato. La gente è già di fuori; la condanna è già scritta, egli è completamente abbandonato, invoca un castigo benigno; chissà che gli succederà! Veramente egli non ha meritato altro, non è degno del cibo che gli si concede, sconterà volentieri tutto per la sua cattiveria, chiede il veleno. Non raramente egli descrive a colori vivacissimi i suoi peccati, oppure confessa anche di aver commesse cose inventate, appunto per subire il castigo che dovrà restituirgli la tranquillità della coscienza. Anche i parenti debbono soffrire, vengono martirizzati; « essi saranno, spero, ancora a casa? » La famiglia è stata imprigionata, i figliuoli muoiono di fame, giacciono in catene, vengono divorati da lupi; la figliuola deve errare nuda sulla neve.

In altri casi le rappresentazioni deliranti hanno un *contenuto ipocondriaco*. L'infermo crede di essere contaminato, teme per ciò di recar disgrazia ai suoi vicini; una inferma non volle per questo fare più il pane in casa. Gli infermi credono sempre imminenti il cancro e gli attacchi apoplettici; ogni speranza è perduta; l'infermo deve divenir « pazzo », deve passare tutta la vita nel manicomio, deve morire, domanda di essere operato. In seguito ad antichi « peccati di gioventù », onanismo, pregressa sifilide, tutto il sistema nervoso è stato distrutto, i polmoni colpiti, lo stomaco completamente rovinato, la defecazione impossibilitata, l'infermo è stato reso stupido. Anche le persone che lo circondano sono disturbate di mente e sazie della vita, divengono malate e ingialliscono per le sue schifose esalazioni. Infine i timori si estendono frequentemente alle condizioni esterne del malato. Egli non non è più capace; non può più pagare, ha perduto tutta la sua fortuna, deve essere cacciato dall'impiego, deve mendicare.

Non raramente accanto alle idee deliranti esistono anche dei *disturbi psico-sensoriali*, in generale però indecisi. L'infermo vede angeli, fanciulli, diavoli, guardie di polizia che vengono a prenderlo, vede innanzi agli occhi i cadaveri dei parenti; spaventevoli fatti di casa sua gli si parano dinanzi, una macchia al muro è una bocca spalancata che vuol divorare la testa dei bambini; tutto viene a lui mostrato, sono cose pazzesche. Voci interne impongono il suicidio, gli fanno rimproveri: « La colpa è tua, la colpa è tua! », gridano: « cattivo uomo! »: nella bocca ha un vapore come di zolfo.

La *coscienza* degli infermi è per lo più lucida; facendo astrazione dalle spiegazioni deliranti, gli infermi comprendono in modo giusto ciò che succede intorno a loro e riconoscono le persone, l'*orientamento*

rimane spesso indisturbato. Vero è che gli infermi credono di essere in luogo diverso, non nel « vero » manicomio, curati da « veri » medici, ma credono di essere all'ergastolo, credono che gli altri malati siano conoscenti o parenti, e ritengono falsificate le lettere. Però ci si convince con facilità che con tutto questo la percezione in se stessa non è affatto disturbata. Anche il *corso ideativo* non mostra gravi alterazioni ed è coerente, sebbene per lo più sia uniforme; gli infermi devono pensare in modo coatto sempre nuovamente ad ogni genere di tristi possibilità. Di regola hanno un senso netto del mutamento prodotto dalla malattia, se anche i veri sintomi morbosi non vengono sempre chiaramente riconosciuti come tali. La testa è confusa; « io la sento proprio come durante una malattia mentale »; « intelletto, ragione e i cinque sensi mancano ». Transitoriamente alcune idee deliranti vengono forse anche rettificate dagli infermi; appena però aumenta l'eccitamento emotivo la assennatezza della riflessione si perde di nuovo rapidamente.

Da queste lievi forme della malattia, graduali passaggi conducono ad un secondo gruppo di casi molto meno numerosi e appartenenti specialmente alla età avanzata, nel quale le idee deliranti degli infermi assumono un contenuto completamente *stravagante e insensato*. Si tratta in tali casi di quel quadro clinico che è stato spesso descritto sotto il nome di *delirio depressivo*. Tutto l'ambiente sembra all'infermo mutato in modo spaventevole. Le case fanno l'impressione di fortezze; il manicomio è una casa di prostituzione, un palazzo di morti, una prigione senza entrata nè uscita nella quale si commettono cose orribili. Ogni oggetto, ogni avvenimento ha un'apparenza che mette orrore e spavento; le parole dei compagni hanno un senso nascosto. Il cibo è carne e sangue dei proprii parenti, la luce è la luce di morte, il letto è fatato, le carrozze sono mortuarie; gli alberi della foresta, le roccie sembrano non naturali, come se fossero stati fatti artificialmente e messi lì apposta. Le persone che visitano l'infermo non sono vere persone, si vuol far credere al malato che sono vere, i medici sono solo « forme »; lo stesso sole, la luna, il tempo sono diversi da prima, e sembrano all'infermo fantasmi per confonderlo sempre più. Da tutte le percezioni gli infermi traggono conclusioni stravaganti. Corvi che volano significano che la figlia è tagliata a pezzi in cantina; il figlio che è venuto a visitare l'infermo portava una cravatta nera, quindi il figliuolo più piccolo è morto.

L'infermo ha precipitato in rovina tutto il mondo, ha tratto giù il firmamento, disseccato la fonte della grazia; ha torturato

la Trinità; non può più vivere per la vergogna. Le case cadono, città e campagne sono state distrutte per sua colpa; quando egli mangia o si gira nel letto vien giustiziato un uomo. Durante la notte egli viene addormentato, portato via, gli si fanno commettere cose pazzesche delle quali in seguito sarà responsabile senza che egli ne sappia nulla. Egli non è degno che si parli con lui o semplicemente lo si guardi, sarebbe meglio fucilarlo, gettarlo in un buco nero, sotterrarlo vivo, strappargli la lingua, tagliargli la testa; egli vuol nutrirsi di avanzi e dormire in terra. Dovrebbe essere gettato a fiume, dovrebbe correre nudo per la foresta, specialmente quando nevica e gela. Il mondo finisce; li giudizio finale si avvicina; così anche la vendetta di Dio; egli verrà afferrato da un milione di demoni, trascinato sopra un « extra patibolo », inviato in Siberia, presso gli Esquimesi, legato strettamente ad un cadavere, divorato nudo dai lupi nella foresta, tagliato in mille pezzi, gli vien tolta la pelle, le mani e i piedi gli vengono troncati. Dalla plebe vengono uccisi, crocifissi i parenti, debbono vivere trilioni di anni tra briganti e assassini; ai bambini è stato tolto l'umore acqueo dagli occhi.

In alcuni casi il quadro morboso è dominato completamente dalle idee deliranti cosidette di negazione. Non esiste più denaro, non esistono più ferrovie, più città, più medici; il mare scompare. Tutti gli uomini sono morti, bruciati, morti di fame perchè non c'è piu nulla da mangiare, perchè l'infermo ha divorato tutto col suo immenso stomaco, ha bevuto tutta l'acqua. Nessuno più mangia o dorme; l'infermo solo è l'unico essere di carne ed ossa che vi sia, al mondo non c'è più nulla. Egli non ha più nè letto nè nome, egli non può morire, nè venire ucciso, è vecchio come il mondo, deve girare eternamente. Non esiste più la notte; tutto è falso e illusione; gli uomini sono ombre e spiriti; egli vive in un secolo del tutto diverso. Un mio infermo credeva il sole un lume elettrico artificiale e si lagnò della debolezza dei suoi occhi perchè (di notte) non poteva vedere il vero sole. Talvolta vi si unisce l'idea di mutamento di luogo. « Io sono di nuovo qui », diceva ad ogni visita una inferma, perchè credeva di essere sempre condotta via e di trovarsi ad ogni momento in un altro luogo.

Frequenti sono inoltre in tali casi le rappresentazioni morbose ipocondriache. Il cibo cade giù attraverso gli intestini nello scroto; il diavolo ha portato via il cervello; nel cranio vi è fango; le vene sono disseccate, riempite di veleno; la gola si chiude, entro vi è un sasso; una bestia pelosa sta nello stomaco; in tutte le membra vi è pus che esce in grande quantità con gli escrementi, che viene espulso espettorando. Sotto la pelle ci sono vermi che fanno il solletico; la

pelle delle spalle è enormemente stirata; il corpo si distende e insieme si ripiega; sul petto si ha la sensazione come di una armatura. Tutto è finito; l'infermo è morto, pietrificato, sifilitico, putrefatto internamente, puzza, non ha più nè occhi, nè fiato, nè capo, nè anima, nè cuore, egli non può più mettersi a sedere, non può camminare, non può dare la mano. Egli è trasformato in una bestia selvaggia, per lo meno internamente, deve abbaiare, strepitare, imperversare.

Non sono rare anche rappresentazioni deliranti sessuali. Una inferma di 65 anni si lamentava di tentativi osceni; credeva di trovarsi in una casa di prostituzione, di essere puerpera; un'altra inferma della stessa età si credeva esposta a continui tentativi di vecchi scapoli che si mettevano in letto con lei; spesso le inferme credono le altre inferme uomini travestiti. Un vecchio signore credette di essere condotto tutte le volte, contro la sua volontà, in un bordello per farlo infettare di sifilide.

In qualche caso, specialmente con progressiva debolezza mentale, si sviluppano anche *idee di grandezza* poco salienti. Le inferme raccontano con aria misteriosa che sono credute la Vergine Maria, che tra poco nascerà da loro Cristo, che si crede sempre che abbiano guarito tutto il mondo, che possano fare miracoli, fabbricare oro e guarire tutte le malattie. Esse debbono essere condotte dall'imperatore in America con una armata per essere fucilate. Una malata il cui cognome era Principe diceva di essere divenuta principessa e chiedeva quindi un nutrimento principesco.

Anche in questi casi hanno una certa parte i disturbi psico-sensoriali, ma il più spesso si tratta di illusioni. I bambini dal di fuori si lamentano; il cibo non ha sapore, brucia sulla lingua come fuoco, puzza come la peste. Più frequentemente esistono allucinazioni visive. L'infermo vede alla finestra visi di morti, scheletri dei suoi parenti, dagli alberi pendono cadaveri appiccati; il Redentore e il diavolo stanno al suo letto.

In tale forma sembra che la *coscienza* sia più spesso offuscata, l'orientamento poco chiaro, il corso ideativo confuso ed estremamente uniforme, specialmente nei periodi di grave eccitamento. Malgrado ciò spesso è sorprendente l'assennatezza con la quale gli infermi rispondono alle domande ed esprimono le loro morbose rappresentazioni. Talvolta anzi esiste una coscienza ottusa della natura del disturbo; gli infermi si lagnano di essere stati resi confusi, ipnotizzati per mezzo dei cibi e delle medicine, di dover parlare sempre insensatamente, di dover confessare ora questo ora quel delitto, di essere diventati pazzi; in altri casi manca completamente agli infermi la capacità di ricono-

noscere e di rettificare anche le contraddizioni più grossolane; essi affermano di non poter mangiare più nulla, mentre masticano a bocca piena; « questo è l'ultimo boccone » diceva un mio infermo quando gli si faceva notare questa contraddizione. Essi in qualche momento pregano affinchè si dia loro il veleno per morire, mentre un momento dopo dichiarano di non poter mai morire qualunque cosa si faccia.

Un tratto fondamentale della depressione malinconica è quasi regolarmente un' *ansia* più o meno distinta, la cui sede viene riportata generalmente alla regione cardiaca. Gli infermi si sentono internamente irrequieti, paurosi, abbattuti, e sogliono spiegare quosta depressione col nome di « nostalgia », come ardente desiderio della famiglia degli affari, timore per l'ambiente estraneo. Tuttavia la segreta agitazione ansiosa degli infermi aumenta specialmente quando gli infermi sono visitati da quelle persone che stanno con essi in intimi rapporti emotivi. Quanto più forte è l' eco emotiva risvegliata nel loro interno da una impressione, tanto più vivacemente vengono eccitati i sentimenti morbosi. Nel modo più distinto si vede ciò nelle visite dei parenti, che spesso provocano scoppii passionali. Invece si mantengono completamente indifferenti rispetto all'ambiente ad essi estraneo, benchè concepiscano bene tutto ciò che avviene. Essi sono però occupati così completamente di sè stessi, che vengono poco toccati da ciò che avviene intorno a loro. Così si spiega perchè i malinconici tranquilli vengono pochissimo importunati dagli stati di eccitamento dei loro compagni, e in generale si lagnano di questi solo quando è già molto diminuita la loro depressione. « Non mi disturba il chiasso » mi diceva una inferma, « sibbene la irrequietudine che e in me stessa ».

Secondo il grado dell'eccitamento ansioso si è distinta una melanconia ansiosa *(melancholia activa)*, dalle forme che si manifestano con minor violenza *(melancholia simplex)*, però non esistono tra queste forme distinti confini. In alcuni casi l'ansia può giungere a gradi estremamente alti *(raptus melancholicus)*. Gli infermi non rimangono in letto, corrono di quà e di là a mani giunte, si attaccano, si spingon fuori, si lamentano e gridano in modo uniforme por ore e per giorni, fino a a che non son divenuti completamente rauchi. Strappano dal letto gli altri infermi, supplicano di essere graziati, tremano per tutto il corpo, si tirano il naso, le dita, le labbra, il lobulo delle orecchie fino a sangue, si picchian pugni sulla fronte, si strappano i capelli, mostrano i genitali, strappano i vestiti e si contorcono in terra. Io però non sono sicuro se questi quadri morbosi gravissimi, che mettono anche seriamente in pericolo la vita, appartengano veramente sempre alla melanconia. Piut-

tosto io sospetto che si tratti in tali casi di forme morbose diversissime, che sono finora conosciute da noi in modo insufficiente. Il reperto anatomico suole dimostrare lesioni gravissime ed estese del tessuto corticale e specialmente la distruzione di numerose cellule nervose senza che fino ad ora però sia stato possibile di dare, mercè il reperto anatomico, una spiegazione approssimativamente certa del quadro morboso.

Il *contegno* dell'infermo è sempre influenzato dall'umore malinconico. L'infermo non sente più stimolo ad occuparsi; non gli è più possibile; non ci si trova più. Egli non è più tranquillo, gira intorno senza scopo, non può rimaner in letto, di notte gira per casa. La sua ansia si esprime con lamenti e preghiere; egli ricerca il medico e il prete per essere consolato, benchè sappia che nessuno può aiutarlo. Certe inferme sviluppano una attività febbrile; pregano, supplicano affinchè sia dato loro lavoro, si levano la notte per lavorare, fanno la calza fino al completo esaurimento per sottrarsi al presunto rimprovero di pigrizia.

L'*espressione del volto* degli infermi mostra una tensione ansiosa più o meno netta. Talvolta, specialmente in casi molto gravi, si può scorgere in modo affatto transitorio un sorriso indeciso, che però non deve essere riguardato quale manifestazione di umore allegro, ma piuttosto quale espressione di una certa disperata ironia di se stessi. Gli infermi hanno in generale il bisogno di sforzarsi, raccontano minutamente il loro stato, richiamano sempre di nuovo il medico per comunicargli ancora qualche cosa, ritornano sempre di nuovo ai loro lamenti quando si prova di parlar loro di cose diverse. È spesso notevole la tranquillità apparente degli infermi quando vengono trasferiti in un nuovo ambiente. Essi si mostrano accessibili, indifferenti nel loro contegno e sanno nascondere la loro interna ansia con una certa loquacità; dicono che andranno migliorando appena saranno condotti di nuovo a casa alle loro normali occupazioni. L'osservazione successiva lascerà però ben presto riconoscere la profondità e la vivacità dell'eccitamento emotivo.

Durando più lungamente la malattia, gli infermi possono rimanere spesso quieti e indifferenti per un periodo abbastanza lungo. Quando però ci si mette con loro in rapporto si ricevono senza difficoltà risposte, e non di rado si vedono allora apparire scoppi emotivi di grande violenza. Ciò che loro si comanda viene eseguito senza esitazione se non si risvegliano scrupoli ansiosi. Tutti i movimenti si compiono liberamente e senza alcun impedimento, benchè in genere senza grande forza e rapidità, specialmente in malati molto deperiti. Anche nella scrittura non si di-

mostrano disturbi accentuati. Alcuni infermi scrivono con molto zelo lettere ai loro parenti, auto-denunzie al tribunale, petizioni per ottenere grazie.

La soddisfazione dei bisogni somatici subisce senza eccezione nella melanconia gravissimi disturbi. Gl'infermi non mangiano più regolarmente, rifiutano spesso del tutto il cibo, per lo meno la carne, rifiutano tutto perchè non sono degni di mangiare, perchè non vogliono toglier nulla agli altri, perchè non possono pagare, perchè vedono veleno o sudicerie nei cibi. Anche i medicinali o i bagni vengono rifiutati, sicchè la pulizia e la cura del corpo è resa molto difficile. Un infermo camminava a piedi nudi per abituarsi al freddo quando sarebbe stato cacciato fuori in mezzo alla neve. In alcuni casi si ha ritenzione di urina, oppure questa viene emessa nel letto, sia che gli infermi non sentano il bisogno, sia pure perchè non osano soddisfarlo.

La manifestazione concomitante della malinconia, funestissima ed assai temuta con ragione da tutti gli Alienisti, è la tendenza al *suicidio*, che manca solo raramente e molto spesso è assai accentuata. Questo fatto è in completo accordo con la statistica, che ammette un aumento nella frequenza del suicidio, con l'aumento dell'età, anche nella popolazione normale. L'impulso al suicidio sembra talvolta una conseguenza della idea dell'infermo di essere indegno, dannato da Dio, di precipitare nella miseria tutta la famiglia. Ma per lo più le idee di suicidio insorgono tutto ad un tratto, in modo impulsivo e anche nel periodo del miglioramento già progredito, senza che gli infermi si possano rendere preciso conto dei veri motivi. Una delle mie inferme occupata in lavori donneschi ebbe ad un tratto lo stimolo di appiccarsi che eseguì subito; solo con difficoltà fu salvata. Dopo simili fatti gli infermi stessi spesso non sanno dire come avvenne e a volte non si ricordano più nulla di ciò che hanno compiuto, specialmente dopo tentativi di appiccamento. Talvolta la malattia dopo prodromi molto indistinti si inizia con un tentativo di suicidio, e solo dopo questo il quadro diviene ben netto. Una inferma nascose fin dall'inizio del suo stato depressivo un rasoio, perchè le venne l'idea che il marito potesse suicidarsi per lei. Finalmente si ha anche talvolta l'impressione che gli infermi si limitino al solo pensiero del suicidio, senza che abbiano il coraggio e la forza per eseguirlo. Essi stessi lo dicono; non si può però mai essere sicuri perchè tutto ad un tratto un attacco d'ansia può aumentare l'impulso morboso, vincendo la naturale resistenza.

Ogni malinconico deve essere considerato quindi *pericolosissimo* per altri; tanto più pericoloso perchè è cosciente e sa nascondere la sua interna

ansia. Egli può ingannare nel modo più svariato la vigilanza di quelli che gli sono vicini, può annegarsi nel bagno, appiccarsi alla maniglia della porta, ad un qualsiasi angolo sporgente del cesso, può strozzarsi anche nel letto (anche nella camicia di forza), può inghiottire aghi, chiodi, pezzi di vetro, buttarsi giù dalle scale, rompersi il cranio con un oggetto pesante, rifiutare ostinatamente il cibo, ecc. Degno di nota è che i malati nel loro eccitamento sembrano essere quasi completamente insensibili al dolore fisico, fatto questo che facilita grandemente la esecuzione dei loro progetti. Uno dei miei infermi batte così spesso il collo sulla parte tagliente di uno scalpello posto a terra, fino a fare entraro lo scalpello nel corpo delle vertebre traversando le parti molli.

Il quadro morboso della melanconia è accompagnato senza eccezione da un grave e profondo disturbo del *sonno*, che è uno dei primi sintomi della malattia; il sonno dell' infermo è di breve durata, irrequieto, interrotto da sogni vivaci, sgradevoli e tormentosi, talvolta da grida notturne. « Lo spirito non può dormire », mi diceva un malato. Durante il giorno si ha una continua sensazione di spossatezza, stanchezza e pesantezza di tutte le membra, una sorda oppressione al capo, che giunge talvolta a sensazioni veramente dolorose, senso di pressione al vertice, senso di tensione frontale, ecc. Talvolta si osservano i primi segni delle alterazioni cerebrali senili, quali attacchi di vertigine, reazione pupillare pigra, differenza tra i due facciali, tremore della lingua e delle mani. Non è raro quale sintomo di senilità la sordità. Ordinariamente gli infermi si lamentano di *sgradevoli sensazioni alla regione cardiaca*, senso di tensione, pressione, « irrequietudine », « angoscia al cuore », che talvolta si manifestano in forma, di attacchi, specialmente di notte; « il cuore ha forte ansia ». Il tono muscolare si rivela diminuito; nello stesso tempo esiste il senso della debolezza somatica generale e di spossatezza. La *nutrizione*, secondo quel che dimostra la curva del peso corporeo diminuisce sempre al principio della malattia anche in quei casi nei quali non esiste rifiuto di cibo e si rialza solo con l'iniziarsi del miglioramento. La figura 29 dà un esempio di ciò che diciamo; essa mostra il regolare abbassamento e innalzamento del peso corporeo, che va rallentando verso la fine con continue piccole oscillazioni.

Le mucose sono pallide, anemiche. L'*appetito* è scarso, oppure completamente mancante, la *digestione* è lenta. Molto frequentemente si riscontra una ostinata *stitichezza*. Questi disturbi sono messi in evidenza dalla lingua impaniata e dal *foetor ex ore*. Tutto il *ricambio*

materiale è alterato, la *temperatura* è, spesso, durevolmente abbassata. Considerevoli disturbi mostrano regolarmente gli organi della circolazione. A parte le alterazioni ateromatose dei vasi sanguigni corrispondenti all'età degli infermi, si riscontrano la piccolezza e il rallentamento, spesso anche la irregolarità del polso; le mani e i piedi sono

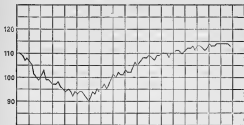



Fig. 20. — Decorso del peso del corpo nella malinconia. Esito in guarigione.

fredde, cianotiche e talvolta anche edematose. Abbiamo avuto già occasione di parlare dei reperti di Reinhold (il quale d'altra parte concepisce la melanconia in modo molto più esteso) riguardo ai mutamenti dell'urto della punta, dell'area cardiaca e dei toni cardiaci. Qui raramente vengono osservate anche sulla pelle le manifestazioni di una insufficiente nutrizione, secchezza, durezza e desquamazione.

Il *decorso* della melanconia è d'ordinario assai lento. Il quadro è per lo più molto uniforme, benchè non sogliano far difetto anche varie oscillazioni dello stato morboso. Molto frequentemente si riscontra verso sera una diminuzione delle manifestazioni fenomeniche, mentre la mattina si riscontra aumentata la depressione. Inoltre gli eccitamenti esterni, specialmente lettere e visite dei parenti più stretti sogliono portar seco quasi sempre, nell'acme della malattia, un sicuro peggioramento. Finalmente è stato osservato talvolta un mutamento abbastanza regolare di periodi o di giorni di miglioramento o peggioramento, senza che si possa invocare per questo fatto alcuna causa.

La graduale scomparsa della malattia in seguito a varie remissioni e peggioramenti è sempre la regola; repentine « guarigioni » nel decorso di pochi giorni dimostrano, io credo, che il quadro morboso appartiene alla psicosi maniaco-depressiva, sicchè c'è da attenderci un

passaggio dallo stato di depressione a quello di ecitamento. Un punto di ritrovo molto razionale per la prognosi nei cangiamenti del quadro morboso psichico è dato dal *modo di comportarsi del peso corporeo*. Il continuo aumento indica decisamente un prossimo cambiamento favorevole. Contemporaneamente migliora a poco a poco il sonno e la digestione; le remissioni della depressione sono più lunghe e più complete, sebbene siano ancora tramezzate da qualche giorno cattivo. Un segno di speciale importanza favorevole è il ritorno dell' interessamento alle usuali occupazioni. Insieme diminuisce lo stimolo a fuggire, che altrimenti è per lo più molto tormentoso. Tuttavia esiste ancora per un certo tempo un po' di scoraggiamento e incertezza, come pure una aumentata sensibilità di fronte a stimoli esterni, a emozioni, a sopra affaticamenti, che possono portare a peggioramenti transitorii, finchè nel decorso di settimane e mesi anche questo disturbo finisce col dissiparsi completamente.

La *prognosi* della melanconia deve essere in generale riservata. Solo il 32 °|₀ dei miei infermi giunsero alla guarigione completa; inoltre 23 su 100 migliorarono fino al punto da poter tornare nelle loro famiglie e riprendere fino ad un certo grado le loro antecedenti occupazioni; 26 su 100 non guarirono, mentre il 19 °|₀ dei malati morirono nei 2 anni dall'inizio della malattia. La probabilità della guarigione è dovuta bene spesso all'età degli infermi. Dei miei infermi al disotto dei 55 anni guarirono completamente il 40 °|₀, degli infermi più vecchi invece solo il 25 °|₀. Tutte queste cifre però partecipano alla incertezza che si riscontra nella delimitazione del quadro morboso.

Un cambiamento sfavorevole del decorso morboso suole essere annunciato in generale da una diminuzione dell' eccitamento emotivo senza che scompaiano le idee deliranti o anzi formandosi idee più insensate. Nei casi più leggieri sparisce gradatamente la depressione insieme con le idee deliranti, ma gli infermi, malgrado abbiano un certo senso della malattia, sono divenuti più apatici, più deboli nella volontà, più incapaci alla azione. Contemporaneamente si ha per lo più un contegno pauroso e piagnucoloso. Progredendo la debolezza psichica anche le rappresentazioni deliranti impallidiscono sempre più, ma gli infermi divengon poveri di pensiero, poco lucidi, smemorati, indifferenti, incapaci al lavoro, non hanno alcun senso della malattia, guardano intorno stupidamente o tristamente, oppure si lamentano in modo uniforme. In altri si sviluppa il quadro pronunciato della demenza senile. Talvolta rimangono ancora disordinatamente alcuni residui confusi delle idee deliranti antecedenti e dei disturbi psico-sensoriali. Il

peso del corpo può, come mostra la figura 30, decrescere in modo considerevole per rimanere continuamente abbassato; talvolta però si ha più tardi nuovamente forte aumento, senza un corrispondente miglioramento psichico. La prima rapida diminuzione, nel caso riferito, era dovuta al rifiuto del nutrimento, che venne combattuto con successo con la transfusione di siero fisiologico. Per lo più la morte avvenne nei miei casi con le manifestazioni della debolezza cardiaca durante vivaci stati di eccitamento ansioso, alcune volte in seguito a tubercolosi polmonare dopo lungo decorso. Due dei miei infermi dopo pochi giorni che vennero ricondotti in famiglia contro il consiglio del medico si appiccarono.

L'*anatomia patologica* ci mostra in alcuni casi arterio-sclerosi estesa con le sue conseguenze sul cuore e sui reni; talvolta si riscontrano i sintomi di un' atrofia cerebrale iniziale. Alzheimer vide nella corteccia,

120
110
100
90

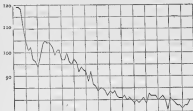



Fig 30. — Malinconia. - Esito in demenza.

negli strati più profondi, accanto alle alterazioni delle cellule nervose, l'accumulo di cellule di nevroglia con sviluppo di fibre finissime.

La *durata* della melanconia è di solito maggiore di un anno, spesso di varii anni. Anche in casi apparentemente lievi si deve sempre prevedere un lentissimo decorso della malattia. Casi che decorrono favorevolmente nel periodo di alcuni mesi appartengono probabilmente ad altri quadri morbosi.

La malinconia quale è stata descritta è una malattia della senilità iniziantesi. Essa è forse da considerare come manifestazione patologica di quel sentimento di crescente incapacità e di insufficienza caratteristica della senilità normale, che contrasta con la sensazione di sovrabbondante forza della età giovanile. Oltre il 64 °|₀ dei miei infermi si trovavano tra i 50 e i 60 anni, pochi casi hanno un inizio prima dei 45 anni, come anche pochi dopo i 65. In età più avanzata

si hanno più frequenti le forme che presentano idee deliranti insensate. Il sesso femminile fornisce circa il 60 % degli infermi, partecipandovi un po' più del sesso maschile. Ciò vale specialmente per la malattia del 5.° o dell'inizio del 6.° decennio di vita, nel quale gli uomini solo eccezionalmente divengono malinconici, mentre il climaterio delle donne sembra sia terreno favorevole di questa forma di pazzia. Più tardi una differenza fra i due sessi non è più quasi riconoscibile.

La predisposizione ereditaria sembra che in questi casi abbia minore importanza della disposizione acquisita, perchè solo nel 53 % dei casi con sicura e ben conosciuta anamnesi ho potuto riscontrare una predisposizione famigliare, spesso anche solo lontana. Con grande frequenza ho riscontrato nei fratelli o nei genitori apoplessia e demenza senile, come pure alcoolismo. È del resto da considerare che i malati vecchi non dànno spesso rapporti esatti sopra i genitori e i fratelli. Con ciò è resa molto difficile la possibilità di confrontare le cifre sulla quistione della predisposizione ereditaria. A questo corrisponde l'osservazione che in questi casi la frequenza dei disturbi psichici dei fratelli, di fronte a quella dei disturbi psichici dei genitori, fu molto maggiore. Molti dei malati sono descritti solo come originali, di nature semplici e timide, con grande tendenza alla preoccupazione; più volte riscontrai la senilità precoce. Molto frequentemente certe cause esterne sembra che determinino lo scoppio della melanconia. Tra queste sono da ricordare malattie somatiche (influenza, catarro di stomaco), operazioni, perdite di danaro, paura, preoccupazioni dovute ad intraprese, mutamenti di tutta l'essenza di vita, ma sopratutto la malattia e la morte dei parenti più stretti.

In questa delimitazione della malattia la melanconia (1) comprende una certa parte di quei casi che antecedentemente si solevano indicare sotto il nome di *melanconia semplice* e *melanconia ansiosa*, e inoltre col nome di *delirio depressivo* e infine con quello di *stato di depressione senile*. Che queste forme e proprio solo queste forme infatti abbiano una sola origine, lo dimostra, io credo, una serie di forti ragioni. Innanzi tutto la accurata indagine della storia dei nostri infermi insegna che in ogni modo la grande maggioranza degli stati depressivi della età giovanile *non* deve rientrare nella malinconia.

(1) Kraepelin, *Monatsschrift f. Psychiatrie*, 1899, 325. Vedrani, *Bollettino del Manicomio di Ferrara XXVII*, 3, 1899; Capgras, *Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile*. Diss. Paris. 1900.

Essi, secondo ciò che io penso, appartengono o alla psicosi maniaco-depressiva o alla *dementia praecox*, alcuni alla pazzia degenerativa e forse anche alla isteria. Se si scartano tutti quei casi che, dopo un periodo più o meno lungo continuano a svilupparsi nel senso d' una delle dette malattie, difficilmente potrebbe rimanere un residuo che giustifichi l' ampliamento del limite di età per la melanconia. Vero è che una prova sicura per questa affermazione in un determinato numero di malati può darsi solamente dopo decenni, perchè i singoli attacchi di una psicosi maniaco-depressiva possono verificarsi molto distanti gli uni dagli altri. Fino ad ora ci dovrà essere sufficiente l' osservazione che con una indagine esatta vediamo molto spesso precedere ai casi di psicosi maniaco-depressiva o catatonia sviluppati nella età avanzata, stati depressivi semplici della giovinezza. Questa osservazione c'insegna naturalmente ad essere molto cauti nel giudicare dal punto di vista clinico e pronostico queste apparenti « malinconie » della età giovanile. E poichè è da supporre che la caratteristica della malattia della quale si presenta il primo grado di sviluppo si faccia riconoscere già fin dall'inizio in un modo qualsiasi, risulta la necessità di potere fino dall' inizio distinguere i varii stati depressivi e non solo dopo decennii, cioè quando conosciamo tutto il decorso successivo. Se non fossimo capaci di far ciò, saremmo dunque a mio avviso, autorizzati a far rientrare anche un attacco depressivo isolato della eta giovanile nella psicosi, maniaco-depressiva, purchè presenti i principali tratti clinici dei quadri morbosi appartenenti a tale forma.

In questo punto sta tutta la difficoltà della quistione. Le forme degli stati depressivi circolari sono così multiformi e alcune di esse rassomigliano tanto al quadro della malinconia, che la differenziazione spesso riesce molto difficile. A ciò si aggiunga che gli stati di depressione circolare si manifestano per la prima volta abbastanza spesso nell'età involutiva e io debbo senz'altro riconoscere che essi vengono ordinariamente compresi nella malinconia. Io credo anzi che la descrizione clinica del quadro della malinconia come esiste fino ad oggi è stata ossenzialmente rilevata dalla osservazione degli stati circolari depressivi. Per tale ragione riesce naturalmente quasi impossibile una netta differenziazione.

Una via di uscita per questa difficoltà è stata rinvenuta da Thalbitzer, il quale considera incompleto e insufficiente il mio punto di vista per la differenzazione della malinconia, sicchè egli rimette anche la malinconia della eta regressiva tra le forme di psicosi maniaco-depressiva. Per quanto tale soluzione sarebbe straordinariamente semplice

si oppongono per ammetterla diverse difficoltà. Come vedremo in seguito nella descrizione della psicosi maniaco-depressiva, io non vorrei portare in campo la ragione più facile, che cioè la malinconia si sviluppa solo una volta e in forma di depressione triste, mentre nella pazzia circolare si alternano più volte durante la vita attacchi maniaci e depressivi. Da una parte anche nelle psicosi da involuzione vediamo ripetersi spesso stati depressivi; d'altro lato nello stesso modo che per la mania periòdica e anche per la semplice mania io non dò così decisiva importanza al cangiamento dello stato, quanto alla frequente ripetizione degli attacchi. Invece dovrebbe servire di norma il quadro clinico, che ci dovrebbe mettere in grado di escludere con certezza nel singolo caso ogni possibilità di un successivo attacco maniaco e per di più il reperto anatomico. Sfortunatamente da questo ultimo sappiamo ancora troppo poco per potere in base a ciò riportare la malinconia della età involutiva e lo stato depressivo circolare a differenti processi morbosi e anche la delimitazione dei quadri clinici è tuttora molto insufficiente.

Malgrado ciò non posso associarmi alle conclusione di THALBITZER. Innanzi tutto bisogna ricordare che lo sviluppo di stati depressivi unici nella età regressiva è un fatto molto frequente, mentre sono molto rare le manie che appariscono una sola volta nella vita, tanto rare che si dubita perfino della loro esistenza. Anche il presentarsi per la prima volta un attacco maniaco nella età involutiva è molto più raro che il presentarsi di stati depressivi. Poichè nella vera pazzia circolare il numero degli attacchi depressivi non sorpassa o solo di poco quello degli attacchi maniaci, così la maggiore frequenza di forme depressive uniche e che compaiono per la prima volta nella età involutiva di fronte alle forme maniache mal si potrebbe comprendere ove tutte queste forme non costituissero che manifestazioni di una stessa malattia fondamentale. In ogni modo bisognerebbe giungere alla conclusione che l'età involutiva influisce sul decorso della pazzia circolare nel senso di portare una frequenza eccessiva di attacchi depressivi. Ma se essa ha una influenza così caratteristica sulla vita psichica, allora è anche facile la supposizione che essa possa produrre forme morbose depressive indipendenti.

Tale supposizione diviene certezza per gli stati depressivi senili. Esiste una grande quantità di stati depressivi morbosi che si sviluppano clinicamente dal quadro dei cangiamenti psichici della senilità, cioè dal senso dell'incapacità, dalla diffidenza, dall'insonnia, dall'apprensione, non che dalla debolezza fisica della vecchiaia. Tali forme ter-

minano in modo ben diverso dagli stati di depressione circolare e cioè in una demenza più o meno profonda. Da questi casi una serie di graduali passaggi conduce a quelle forme che abbiamo descritto col nome di malinconia. Se non si vuole dunque giungere ad affermare che anche gli stati depressivi senili, malgrado il loro contegno clinico e il reperto anatomo-patologico molto diverso, appartengono alla pazzia circolare, dobbiamo ritenere che la grande maggioranza degli stati depressivi che si mostrano nella età involutiva si basi per lo meno in parte sull'insorgere di una nuova, caratteristica forma morbosa, che gradualmente giunge sino ai veri stati depressivi senili. Questa forma morbosa sarebbe la malinconia.

Per altro noi dovremo abituarci a restringere un po' più che non eravamo soliti i confini di questa malattia. Una parte considerevole, specialmente gli stati depressivi che si manifestano nel climaterio, dovrebbero infatti appartenere sempre alla pazzia circolare, come lo dimostra la manifestazione successiva di attacchi maniaci. A me inoltre sembra verosimile che gli stati depressivi molto lievi e a decorso favorevole, e specialmente le forme depressive che si manifestano con più attacchi, non debbano essere ascritte alla malinconia secondo il nostro senso. Io suppongo per ragioni che spiegherò più esattamente in seguito, che si tratti in tali casi di forme morbose che o appartengono alla psicosi maniaco-depressiva o sono a questa molto vicine. Però se noi escludiamo dal quadro della malinconia tutti questi casi, il quadro stesso acquista caratteri molto più univoci; per quanto vi si possano forse ancora distinguere varii piccoli gruppi.

Quali caratteristiche della malinconia della età involutiva dovremo qui, innanzi tutto, ricordare lo sviluppo lento, il decorso uniforme, la lunga durata, la graduale risoluzione e la prognosi dubbia. Per ragioni facili a comprendersi questi segni caratteristici sono solo in una parte dei casi sufficienti per la diagnosi differenziale con gli stati depressivi circolari. Oltre a ciò nel quadro della malinconia l'irrequietudine interna mi sembra che sia essenziale di fronte all'umore più depresso e senza speranza della psicosi maniaco-depressiva. Specialmente nei primi periodi della malattia questa differenza suole manifestarsi molto distintamente; da una parte l'irrequietezza e l'ansia, dall'altra una depressione profonda. A ciò si aggiunge che il tono dell'umore nella malinconia è molto più uniforme che negli stati depressivi circolari. Se anche le manifestazioni dell'interna ansia possono mutare moltissimo nella loro intensità, gli infermi malinconici restano sempre dominati dal loro malumore; nè riesce mai,

come invece spesso è possibile negli infermi circolari, di far rischiarare il volto mesto, oppure anche fare apparire un sorriso dicendo buone parole o raccontando cose allegre. Con questa diversità del colorito dell'umore sta forse in stretto rapporto quella del completo contegno psico-motorio. Nella malinconia manca completamente il sintoma morboso della inibizione volitiva che invece noi ritroviamo così pronunciato negli stati depressivi circolari. Gli infermi non hanno alcuna difficoltà ad esprimersi a parole o con scritti; non sono impediti nei loro movimenti, nelle loro azioni, e sono, al massimo, colpiti da interna irrequietudine. Se una volta tanto sono scarsi di parole e recalcitranti, ciò si spiega senz'altro per il loro umore disperato e per le loro idee deliranti; invece divengono comunicativi e spesso anche ciarlieri quando sperano di trovare chi li consoli. È stato già affermato come nella scrittura non si ha accenno a inibizione.

A me sembra quindi che malgrado la esterna rassomiglianza, la disposizione dell'umore dei malinconici, per quel che riguarda la sua intima essenza, si distingua tanto da quella degli stati depressivi circolari, quanto da quella della *dementia praecox* o della paralisi progressiva. La depressione della pazzia circolare è in intimo rapporto con l'esaltazione maniaca nella quale, secondo l'esperienza, può trasformarsi tutto ad un tratto, al contrario della tensione interna dei malinconici, che può manifestarsi con eccitamento ansioso, mai però con eccitamento maniaco. Vero è che sono necessari ancora più esatte indagini sulle emozioni e sulle loro forme espressive, analisi più intime dei varii stati depressivi morbosi e una accurata distinzione clinica di tutti i quadri patologici che appartengono a questa forma prima di poter utilizzare con sufficiente sicurezza le diverse caratteristiche nella pratica. Attualmente presentano la maggiore difficoltà certi stati circolari misti nei quali la depressione non si associa, come avviene usualmente, con l'arresto psico-motorio, ma con l'eccitamento. Sfortunatamente sono per ora, per molti riguardi, ancora incerte la differenziazione e le note caratteristiche di questi stati. Io debbo dunque limitarmi a dire che in questi casi il colorito del tono sentimentale è di regola meno ansioso e piuttosto irritabile, tormentoso e talvolta puerilmente pauroso, che i malati dall'irrequietudine più viva possono con buone parole essere ricondotti per lo più facilmente ad uno stato di calma e anche di umore gaio, infine che l'eccitamento in tali casi si manifesta spesso non quale espressione di una emozione, ma quale disturbo indipendente, che non sta affatto in rapporto col grado della tensione interna.

Nella differenziazione della malinconia dagli stati depressivi catatonici dell' età involutiva si deve innanzi tutto considerare l'ac-

cessibilità degli infermi agli stimoli esterni, la vivacità dei loro impulsi sensitivi e la mancanza di accentuate, durevoli allucinazioni uditive. Gli infermi sono in rapporto più stretto con la loro ansia e con le loro idee deliranti, essi sono finalmente influenzabili con discorsi, s'interessano molto alle visite, partecipano senz'altro ai discorsi, mentre nella catatonia la ottusità emotiva, il negativismo, il contegno rigido, impacciato, manierato, suole molto presto risaltare. I lamenti uniformi e il torcersi delle mani dei malinconici si distinguono dalla insensata stereotipia dei catatonici essenzialmente perchè le prime sono appunto le manifestazioni di uno stato affettivo, uniforme è vero, ma potente, mentre nella catatonia si tratta di un insensato impulso al movimento.

Se noi riteniamo la melanconia una malattia della età involutiva, troveremo comprensibile che da questa forma multiformi passaggi conducano ai disturbi psichici senili nel senso più stretto della parola. Io ritengo in verità molto probabile che il quadro morboso qui disegnato e spesso molto nettamente sviluppato, abbia la sua base sopra determinati caratteristici processi morbosi. Naturalmente le vere alterazioni senili possono impiantarsi gradualmente sopra questi processi e da ciò si potrebbe ricercare talvolta la ragione degli esiti sfavorevoli di alcuni casi. Rimane ancora ad esaminare più minutamente se e in quale estensione si possa dimostrare l'astenzione dei disturbi senili e di quelli melanconici tanto nel quadro clinico, quanto in quello anatomo-patologico. Dal punto di vista clinico si potrebbe pensare principalmente alla diminuzione della capacità di fissazione o successivamente della interna funzione mnemonica, la tendenza a falsificazioni dei ricordi, la perdita dell'orientamento, l'ottusità emotiva, l'ostinazione renitente, la irrequietezza notturna nella forma senile, mentre la stravaganza e il colorito nichilistico delle idee deliranti che possono osservarsi anche nella psicosi maniaco-depressiva non sono caratteristiche della senilità e non hanno quindi in sè alcun cattivo significato prognostico. Importanti invece sono i segni somatici del processo senile, quali: grande spossatezza, atrofia della cute, delle ossa, dei muscoli, le manifestazioni arterio-sclerotiche del cuore e dei vasi.

Del resto la malinconia non ha nulla a che fare con la vera alterazione cerebrale arterio-sclerotica. In questi casi gli stati depressivi hanno un pronunciato colorito ipocondriaco; essi sono accompagnati dai segni della debolezza psichica. Inoltre le manifestazioni somatiche della grave malattia cerebrale hanno il predominio. Altrettanto può dirsi della diagnosi differenziale con la paralisi progressiva. La incertezza e il disturbo mnemonico dei paralitici, la influenzabilità del loro umore,

l'insorgere dei sintomi somatici renderanno di regola possibile la diagnosi differenziale con i malinconici coscienti e lucidi, al massimo disorientati in modo delirante con la loro uniforme ansia persistente.

Il *trattamento* (1) della malinconia consiste nel procurare in ogni modo la quiete all'infermo, quiete della quale il cervello infermo ha assoluto bisogno. Quindi in prima linea sarà necessario di *allontanare dall'infermo tutti gli eccitamenti nocivi*. A ciò appartengono specialmente quelle persone e quelle cose che toccano maggiormente il malato dal punto di vista emotivo, come, p. e., i parenti più prossimi, la casa propria e il lavoro professionale. Perciò a parte forse alcuni casi eccezionali rarissimi, sarà necessario condurre gli infermi in un Manicomio, e ciò è *assolutamente necessario* quando esiste tendenza al suicidio.

Il miglior rimedio per la tranquillizzazione è *il riposo in letto*, che con brevi intervalli di soggiorno all'aria libera può essere continuato per lungo tempo. Attenzione speciale richiede inoltre la cura *per una buona e abbondante nutrizione*. L'infermo deve essere di regola stimolato a mangiare; la mancanza dell'appetito e la lentezza della digestione viene combattuta per mezzo di lavande o di leggeri purganti, a volte con lavande dello stomaco e con la adatta scelta dei cibi. Per lo più riesce meglio introdurre frequentemente piccole quantità di nutrimento, più che dare pasti abbondanti. Negli infermi molto ansiosi ed eccitati non sarà possibile fare sempre a meno della nutrizione con la sonda; in casi nei quali minacciava debolezza cardiaca io ho dovuto ricorrere anche alla ipodermoclisi con soluzione fisiologica. Gli infermi coscienti per lo più cessano presto di resistere all'introduzione dei cibi, quando si dimostra loro l'inutilità della resistenza.

Di maggiore importanza è inoltre naturalmente il *regolare il sonno*. A ragione della lunga durata della malattia si deve limitare più che sia possibile l'uso di medicamenti, perchè per lo più non possono essere prescritti per molto tempo di seguito. Secondo i casi, piccole dosi di alcool, qualche volta la paraldeide, ma specialmente bagni prolungati, impacchi alla PRIESSNITZ, giusto moto all'aria libera, tutto ciò viene messo in pratica ove non aumenti l'ansia dell'infermo.

Come rimedio calmante e specialmente negli stati ansiosi più vivaci dei malinconici l'uso dell'oppio ha molti sostenitori. Questo rimedio si dà metodicamente a dosi rapidamente crescenti (50 o anche

(1) ZIEHEN, *Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis*, 1897.

60 goccie di tintura di oppio in 3 volte al giorno), per diminuire successivamente in modo graduale; quando non si riconosce ben presto distintamente una influenza tranquillizzante è inutile continuare la cura; io quindi ho smesso di prescrivere dosi sempre maggiori, anche perchè esistono casi speciali, nei quali non solo non si ha alcun miglioramento, ma a volte addirittura un aumento dell'ansia. Talvolta riesce utile l'unione di medie dosi di oppio con bromuro di sodio.

Quando si manifestano anche accenni di tendenza al suicidio, e ciò anche nelle forme apparentemente più miti della malattia, è *assolutamente necessaria una sorveglianza accurata,* come può essere solo eseguita in un Manicomio (*non* in un Sanatorio cosidetto « aperto »). Sia di giorno che di notte in tali casi qualche persona deve essere in diretta vicinanza con l'infermo per tenerlo d'occhio. Il far *dormire* un infermiere nella stessa camera o nella camera vicina a quella dell'infermo è affatto insufficiente in casi che siano in qualsiasi modo pericolosi. Tale accurata sorveglianza, che non lascia neanche un momento inosservato l'infermo, neppure al cesso, deve essere continuata fino alla completa guarigione, perchè si hanno imprevisti peggioramenti, durante i quali si ha un risveglio degli stimoli morbosi, oppure il miglioramento è apparente e simulato per ottenere il congedo.

Il *trattamento psichico* deve essere uguale, tranquillo, gentile, paziente. Molti discorsi sopra lo stato psichico sono da evitarsi; anche parole consolatrici sogliono essere di poco o niun aiuto. Nella convalescenza la distrazione è un importante mezzo coadiuvante per ricondurre i pensieri e i sentimenti sulla strada usuale. A raggiungere l'intento servono bene occupazioni facili, non faticose, quali la lettura, il disegno, i lavori manuali, appena è possibile ai malati per la diminuita depressione di dedicarsi a tali occupazioni. Il cangiamento suole avvenire di per sè; il medico non ha da fare altro che aiutarlo possibilmente ed evitare i disturbi dovuti al sovra affaticamento, a forti emozioni, a lesioni somatiche. Specialmente nell'acme della malattia le visite dei parenti più prossimi eccitano spesso l'infermo e lo rendono più triste: in tali casi bisogna usare molte precauzioni.

Di grande importanza è non dimettere troppo presto l' infermo dal Manicomio; la conseguenza più frequente ne è il suicidio. Talvolta gli infermi ritornano anche di proprio impulso al Manicomio, perchè si accorgono che il loro stato in famiglia peggiora subito. « Mi sono pentito subito di tutto », mi diceva uno di questi malati. Molto frequentemente ci troviamo in una posizione difficilissima di

fronte agli infermi che si lamentano di « nostalgia » e che sollecitano per essere liberati, e anche più di fronte alla loro famiglia. Solo quando è scomparso l'impaziente desiderio, quando esiste una completa comprensione della malattia, quando la nutrizione è ritornata allo stato antecedente e quando il sonno non è più disturbato, allora si può considerare la guarigione come completa e giunto il tempo per dimettere l'infermo; solo in condizioni molto favorevoli e nel periodo della convalescenza a carattere indubbiamente progressivo sono permesse eccezioni. In ogni modo tutti i dimessi hanno bisogno ancora per un lungo periodo di un certo riguardo e di una certa cura, come pure di un trattamento razionale, tranquillo da parte dei loro vicini.

B. *Il delirio presenile di nocumento.*

Sotto questa denominazione sono inclinato a riunire un piccolo numero di casi che si manifestano nell'età involutiva e che sono caratterizzati da *grave debolezza di critica che gradualmente si sviluppa insieme a idee di danno spesso variabili e con eccitabilità emotiva aumentata.* L'inizio della malattia è sempre subdolo. Senza che alcuno se ne accorga avviene un cambiamento nell'indole e nel contegno degli infermi. Questi divengono taciturni, misantropi, sovente tristi senza alcun motivo, diffidenti, irritabili. La coscienza e l'orientamento rimangono completamente conservati. Al contrario emergono grado a grado *idee deliranti,* da principio indecise e fugaci, più tardi ostinate e in forma più accentuata. Prima di ogni altra si manifestano idee ipocondriache. Gli infermi si lagnano di disturbi nervosi multiformi, spesso mutevoli, come singulto, tremore convulsivo, vertigine, dolori in diverse parti del corpo, sogni irrequieti, debolezza, gonfiore, scricchiolii nella testa, ecc. Questi fenomeni ricordano molto i disturbi isterici, però vi si mescolano anche lamenti molto insensati; il midollo spinale è scomparso, il cervello inaridito, tutta la forza è perduta.

Successivamente sopravvengono *idee di danno* che talvolta possono avere un contenuto affatto stravagante. I vestiti e gli oggetti sono cambiati o rubati; lo specchio, il buffet, i piatti vengono in cucina graffiati, viene portata in casa sporcizia e polvere; il pianoforte non è più lo stesso di prima, esso deve essere stato segretamente cambiato. Vi sono ladri in casa, di notte qualcuno entra furtivamente; avvengono cose sospette; durante l'assenza dell'infermo i ladri rompono le serrature; le donne di servizio sono state messe su, vanno tutte d'accordo. Una mia inferma fece aprire dal tappezziere un divano credendo che

entro vi fosse nascosto qualcuno che volesse far saltare in aria la casa. I medici operano segrete lavande e strofinazioni, fanno porcherie, producono artificialmente la malattia per poi studiarla; la moglie prova dei rimedii dietro le spalle del malato. In ferrovia vi è un individuo sospetto, alla tavola dell' osteria, in un luogo remoto si trovano degli individui dei quali non bisogna fidarsi.

In modo speciale e frequente si manifesta *il delirio della infedeltà coniugale*. Il marito frequenta ogni sorta di femmine, ricoprendosi col giornale fa in trams gli occhi dolci alla vicina, ricambia occhiate significative con le ragazze che incontra, ha relazione con la donna di servizio, ad ogni viaggio invita una signora che deve viaggiare nello stesso treno, riceve lettere dalle amiche di scuola della figlia. La moglie si alza di notte dal letto senza alcun motivo, sospira in modo strano, si spaventa quando il marito torna in casa, perde uno scritto ove sono allusioni molto sospette.

Tutte queste idee deliranti sono estremamente mutevoli, insorgono un momento per essere abbandonate dall'infermo subito dopo, ma tornano con uguale rapidità in altra forma. Molti infermi, insistendo, ammettono senz'altro che quelle idee siano « superstizioni e stupidaggini », che possono avere sbagliato, che erano malati, ma non giungono a comprendere completamente la insensatezza delle loro idee; forse anche mezz'ora dopo li si ritrova in grande agitazione, perchè dicono di aver bevuto del latte contenente del veleno, che debbono indubbiamente morire, che un uomo sta nascosto sotto il letto, che una strana sensazione al cuore li ha avvertiti della morte della figlia. Anche in questo caso sono sufficienti per lo più poche parole per calmare gli infermi, per combattere tali timori, ma la sorgente del delirio è sempre nuovamente viva; « Tutto è vero e anche mille volte di più ». In alcuni casi sembra che sopravvengano anche *disturbi psico-sensoriali*, però essi hanno in ogni modo una parte poco importante. L'infermo è minacciato, sente individui sconosciuti che si vantano di rapporti che hanno avuto con la moglie, sente gridare i suoi bambini maltrattati, di notte vede sgusciare per la porta una figura oscura, allungando il braccio sente che qualcuno sta coricato vicino alla moglie. La vera base del delirio e però un vivace senso *di incertezza*, dal quale insorgono alla più piccola occasione i timori morbosi. Piccole traccie di sciupio sui mobili, la polvere sull'armadio, una finestra aperta sono segni allarmanti e indicano il maligno intervento di estranei.

Il decorso ideativo degli infermi resta completamente ordinato, invece si rimane sempre più meravigliati della straordinaria debo-

lezza di giudizio, che fa si che l'infermo accetti senz'altro, malgrado la completa coscienza, le idee deliranti più stravaganti. All'infermo manca certamente la capacità per comprendere bene la insensatezza di quelle idee; egli forse per un momento si lascerà senza fatica persuadere, ma non convincere. Egli non ha nemmeno bisogno di rendersi conto della verità delle sue supposizioni, non si assicura della presenza di un rivale. Una inferma che si credeva senza tregua derubata non aveva mai guardato se le mancava qualche cosa e quanto. Appunto perciò anche la evidenza più manifesta non fa loro una durevole impressione, le idee di diffidenza prendono solo un'altra direzione. D'altra parte non avviene mai una successiva elaborazione del delirio. Quale causa di danno viene riguardato or questa or quella cosa senza un esatto motivo; è un qualsiasi atto di vendetta, un complotto delle donne di servizio, il dispetto di un vicino. La memoria dei tempi passati non dimostra disturbi, però ricordando avvenimenti deliranti sono mescolate facilmente variazioni ed aggiunte; spesso vengono riportati a tempi da lungo tempo trascorsi.

L'*umore* degli infermi è nei primi tempi abbattuto, ansioso, non raramente si hanno tentativi di suicidio. Gli infermi parlano molto, si lamentano con torrenti di parole, fanno scene chiassose, vanno su tutte le furie, bestemmiano, ma in generale si lasciano facilmente tranquillizzare, ridono e piangono senza ragione. Molto spesso si lascia riconoscere un elevato senso di sè.

Alle idee deliranti si uniscono talvolta delle *azioni* insensate. Alcuni infermi corrono da tutti i medici, si fanno dare innumerevoli consigli senza eseguirne un solo; altri cessano per qualche tempo di mangiare, distruggono tutto ad un tratto ciò che vien loro sotto mano, divengono brutali. Una mia inferma aveva talmente convinto la sua donna di servizio della verità delle sue idee di persecuzione, che anch'essa cercava con l'inferma per la casa i ladri e gli assassini. Un'altra inferma chiudeva la casa con serrature di sicurezza, ma in seguito si accorse che durante la sua assenza era entrato qualcuno dalla finestra, oppure che i ladri avevano convinto il ragazzo di un fabbro ad aprire la serratura; perciò non osò più lasciare la casa. Il delirio di gelosia conduce a far sorvegliare il coniuge. Questi viene fatto seguire dalla donna di servizio; vengono ricomposte le lettere strappate e gettate nel cestino per avere la prova della colpa. Si hanno gravi scoppii d'ira contro le presunte seduttrici; una signora andò in questura a chiedere di mettere sotto sorveglianza una signorina a lei sospetta.

Nel successivo decorso le idee deliranti divengono sempre più insensate. Cambiano spesso, transitoriamente scompaiono, benchè alcuni tratti fondamentali sogliano sempre nuovamente ritornare. Alcune volte io vidi malati vecchi, completamente coscienti, che avevano un contegno caratteristicamente ansioso, diffidente e recalcitrante, che si eccitavano ad ogni discorso, finchè tentavano uscire insensatamente o non volevano neppure fare uscire il medico, poi con la stessa rapidità si tranquillizzavano. Io ritengo possibile che in questi casi si sia trattato di un successivo periodo di sviluppo del delirio presenile di nocumento. In ogni modo secondo la mia osservazione gli infermi non divengono confusi malgrado la debolezza mentale molto avanzata. Non sembra che si abbiano guarigioni o anche miglioramenti efficaci. Il quadro morboso che io ho cercato di delineare non è molto frequente; negli ultimi dieci anni ne ho visti al massimo appena 12 casi. La grande maggioranza era data da donne; in queste la malattia s'inizia regolarmente nel 5.° o all'inizio del 6.° decennio, mentre gli uomini sogliono ammalare sempre verso i 50 anni. Quasi in ogni caso esisteva la predisposizione ereditaria alla pazzia; io non ho potuto riscontrare altre evidenti cagioni.

È facile supporre quindi che si abbia e che fare in tali casi con una malattia da senilità precoce, sviluppata sopra un terreno patologico, tanto più che nel vero delirio senile di persecuzione conosciamo un quadro che presenta molti tratti somiglianti. Se però si tratti di un processo morboso caratteristico può essere dimostrato solo in séguito dall'esperienza. Secondo la mia opinione però questi quadri si distinguono nettamente dalla vera forma senile, perchè non si ha una successiva elaborazione delle idee deliranti. I persecutori rimangono completamente indistinti e si cambiano con molta frequenza; anche il coniuge sospettato non è ritenuto un nemico, ma spesso come un sedotto. Gli infermi dalle loro idee deliranti, astrazion fatta da momentanei scoppii d'ira o da misure di sicurezza, non traggono conseguenze per le loro azioni; continuano ad aver rapporti con il coniuge infedele, s'impongono loro, tutto ad un tratto si mostrano gentili ed amabili verso le stesse persone che poco prima avevano sospettato e ingiuriato. Talvolta malgrado i lamenti per tutte le persecuzioni rimangono molto volentieri nel Manicomio, sono contenti della protezione della quale godono e talvolta confessano senza altro la possibilità di un errore.

Si potrebbe d'altra parte tendere a rimettere semplicemente tali forme della pazzia tra le forme della *dementia praecox*. È però da notare che gli infermi non presentano sintomi catatonici. La loro momentanea resistenza, i loro eccitamenti sono di solito motivati da

idee deliranti o da toni sentimentali, non sono semplicemente coatti o impulsivi; ricordano molto la diffidenza e la eccitabilità della vecchiaia. Gli infermi non divengono rapidamente apatici nel senso emotivo, invece rimangono eccitabili e si può conversare con loro. L'esito non è mai in profonda demenza o in confusione, ma si ha una media debolezza di mente con alcune idee deliranti mutevoli e incoerenti. Di fronte alla paralisi progressiva, a parte naturalmente i sintomi somatici e il successivo decorso, è da ricordare la mancanza di debolezza mnemonica malgrado grave deficienza di critica.

Non si può parlare di una vera *cura* di questi stati morbosi. Alcuni infermi hanno bisogno di essere internati nel Manicomio, perchè disturbano troppo e divengono in alto grado irrequieti; sogliono abituarsi spesso senza grave difficoltà alla vita di reclusione e d'ordine del Manicomio. Altri, in condizioni migliori, sono in grado di vivere anche fuori del Manicomio senza che emerga un profondo disturbo.

C. *La demenza senile* (1).

Parlando delle cause generali della pazzia furono descritti a grandi linee i mutamenti che suole subire la personalità psichica nella vecchiaia, cioè la diminuzione della capacità a comprendere e a fissare le cose, l'irrigidimento dei processi ideativi, i limiti più ristretti dei rapporti sensitivi, la paralisi della attività e lo sviluppo di una ostinata intrattabilità. Ranschburg (2) ha esaminato in modo esatto una parte di questi cangiamenti con misure periodiche di confronto in soggetti normali giovani e vecchi. Egli riscontrò un prolungamento dei tempi per le reazioni semplici, per la scelta tra riposo e movimento, per la lettura delle parole, per l'esecuzione di addizioni, per la formazione di giudizii e di associazioni. Il rallentamento riguarda di preferenza le vere azioni psichiche e specialmente la libera attività delle associazioni. Le associazioni puramente verbali, ed ugualmente quelle per coesistenza, o dovute maggiormente a ricordi sensoriali, erano in generale più rare, mentre le associazioni astratte, causali e di finalità risaltavano maggiormente. Le facoltà dei senili si dimostravano in

(1) Fürstner, *Archiv f. Psychiatrie XX*, 2; Nötzli, *Uber Dementia senilis Diss. Zurich*, 1895; Alzheimer, *Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie*, 1898; 101; Schlöss, *Wiener klinisch*, *XXV*, 9, u. 10 1899; Colella, Annali di nevrologia, 1899, 6; Zingerle, *Jahrb. f. Psychiatrie XVIII*, 256.

(2) Ranschburg und, Bàlint, *Allgem. Zeitschr, f. Psychiatrie, LVII*, 689.

generale più uniformi, più irregolari e meno sicure di quelle di soggetti da esperimento più giovani.

Accentuandosi maggiormente i mutamenti psichici della vecchiaia si giunge al quadro morboso della demenza senile. Il tratto fondamentale di questa consiste in una *demenza caratteristica, gradualmente progressiva.* La percezione delle impressioni esterne è resa più difficile e più rallentata. Schneider potè dimostrare con esperimenti che le percezioni giungono apparentemente solo in modo graduale ad essere completamente chiare e spesso impallidiscono prima di aver raggiunto tale grado. Quindi il mondo esterno viene concepito solo a grandi linee. Le finezze, le piccole irregolarità non sono più osservate, il rapporto di manifestazioni più complesse non è più compreso. L'infermo perde facilmente il lucido orientamento nei fatti giornalieri; non si ritrova più bene, discorrendo non sa più di che cosa si parla, non ode nè vede dettagli importanti. Egli diviene sonnolento, pigro nel pensare, ottuso, talvolta confuso e perde facilmente il filo del discorso.

La facoltà di adattamento e la mobilità del pensiero non si hanno più; l'attività creatrice rifiuta il suo cómpito; l'infermo è divenuto incapace di cambiare il suo punto di vista psichico ed acquistarne di nuovi. Il vecchio giuoco usuale di associazioni rappresentative collegate si conserva ancora in un circolo continuo, ma non è più capace di un successivo sviluppo, nè è più accessibile ad una esterna eccitazione. Le stesse file ideative ritornano sempre nuovamente, si immischiano ovunque senza riguardo per la fine, appena siano state promosse. La elaborazione psichica delle impressioni esterne, le formazioni di giudizi e di conclusioni, l'ordinamento critico e l'esame delle serie rappresentative diviene sempre meno sufficiente e meno sicuro. Con ciò si spiega la mancanza completa nel comprendere le idee e le condizioni altrui, la rigidità dei pregiudizi senili e la minima capacità di resistenza di fronte alle idee deliranti che in questo periodo si manifestano molto frequentemente. Queste ultime sogliono per lo più mantenersi nei limiti di un esagerato timore di malattia, di insensata diffidenza o di esagerazione puerile del proprio valore. Gli infermi non possono più defecare, sono stati derubati, uccisi dai nemici; talvolta insorgono idee di suicidio. A ciò si aggiungono frequentemente disturbi psico-sensoriali, specialmente illusioni, ma anche allucinazioni isolate. Gli infermi odono angeli, gente che vuol loro tagliare il collo, vedono scene strane specialmente di notte, paesaggi, scene colorate, persone conosciute. Non si ha un vero senso di malattia, pure

gli infermi si lamentano spesso di non essere più buoni a nulla, di non godere più di niente, di aver qualche cosa in testa, di essere completamente finiti.

Molto considerevoli sono d'ordinario i disturbi della *memoria*. In realtà il ricordo degli avvenimenti da lungo tempo trascorsi rimane ben netto, anche alcuni fatti della prima infanzia risorgono non di rado con meravigliosa vivacità e vengono raccontati sempre con grande lungaggine. Solo la memoria del passato più recente comincia a dimostrare lacune sempre più numerose e più strane. Il presente non lascia quasi alcuna traccia; già dopo poco tempo il ricordo delle cose recenti è completamente sparito, perchè non si risveglia alcuna eco interna. L'infermo dimentica ciò che ha fatto il giorno avanti, discorrendo riferisce per la seconda volta senza accorgersene le medesime antiche storie, si smarrisce nel suo nuovo appartamento, non sa ricordare i nomi delle antiche conoscenze e scambia le persone del suo ambiente. In modo analogo a ciò che avviene nella paralisi progressiva i ricordi reali possono non solo subire molti spontanei mutamenti, ma le lacune possono venire colmate addirittura con una quantità di cose inventate, l'origine subbiettiva delle quali non è chiara neppure per l'infermo. Avvenimenti reali si mescolano in tal modo con altri completamente inventati in racconti molto mal sicuri, sicchè si può riscontrare molto difficilmente o affatto il nucleo veritiero. Finalmente la mancanza progressiva della memoria, alla quale non si contrappone alcun nuovo acquisto, produce un impoverimento sempre maggiore del patrimonio rappresentativo, e di conseguenza una straordinaria scarsità e uniformità del contenuto ideativo.

La devastazione si lascia riconoscere anche nella *vita emotiva*. L'infermo diviene ottuso e indifferente, svanisce la sua suscettibilità alle sofferenze, ma anche alle gioie della vita. Nel campo dell'interessamento il proprio io prende proporzioni maggiori ed ugualmente la soddisfazione dei bisogni e dei capricci personali. Il benessere fisico, il mangiare e il bere, la digestione, il sonno, l'uso del tabacco, acquistano una importanza speciale. La perdita dei parenti più prossimi e disgrazie analoghe passano senza produrre durevoli impressioni. La famiglia, la professione, le occupazioni favorite tutto diviene indifferente al malato. Il tono fondamentale dell' umore è formato ora da scontentezza borbottante, ora da allegrezza puerile unita ad elevato sentimento del proprio valore. Insieme a ciò aumenta frequentemente la eccitabilità momentanea. L'infermo è ostinato senza riguardo, prepotente, si sente irritato e offeso ad ogni contraddizione. Malgrado ciò le oscillazioni dell'umore sono su-

perficiali e non durature; una commozione piagnucolosa, una gioia puerile, un abbattimento lamentoso sono originate dalle occasioni più lievi, per scomparire di nuovo colla stessa rapidità. Lo *stimolo sessuale* è spesso aumentato e si manifesta con discorsi osceni, abbigliamenti civettuoli, manifestazioni oscene, progetti matrimoniali, ma anche con azioni impudiche specie contro bambini, dell'importanza penale delle quali la indebolita intelligenza dell'infermo non ha una lucida comprensione.

Del resto il contegno esterno degli infermi mostra grande variabilità. Molti di questi infermi rimangono sempre tranquilli, inoffensivi, contenti e malgrado la loro crescente ottusità psichica ed emotiva non sono causa di alcun disturbo; essi vengono curati senza difficoltà nelle loro famiglie, in ospizii e in asili. In altri invece si sviluppa gradualmente una irrequietudine crescente. Gli infermi si lagnano, si lamentano, borbottano, liticano con i vicini, bestemmiano in termini indecenti ad ogni occasione, minacciano e divengono pure pericolosi. Alcuni cominciano a ciarlare molto, commettono stravaganze , si masturbano, girano su e giù senza scopo, si smarriscono nelle foreste, fanno acquisti e piani inconcludenti, fanno collezione di ogni genere di cose inutili e a motivo del loro agire insensato si trovano in serie difficoltà; specialmente la notte non trovano quiete, disturbano gli altri col frequente alzarsi di letto, girano per casa, frugano in vecchi stracci e possono procurare serii pericoli maneggiando imprudentemente il lume. Di giorno invece gli infermi sono stanchi e sonnolenti, si addormentano in conversazione o a pranzo, non sono in grado di provvedere da sè stessi alla loro cura corporea e quindi, se nessuno ha cura di loro, divengono sudici e ripieni d'insetti.

Le manifestazioni somatiche concomitanti della demenza senile, oltre alla diminuzione e alla irregolarità del sonno, sono: diminuzione considerevole dello stato generale delle forze e di solito anche diminuzione dell'appetito. Gli infermi dimagrati, con i loro lineamenti pieni di rughe e il colorito terreo sembrano in generale anche più vecchi di quel che non sono; la loro muscolatura è debole, minima la forza fisica. La capigliatura scarsa, grigia, la opacità corneale, l'offuscamento della lente cristallina, la sordità e le difficoltà dei movimenti, il tremore come sintoma della senilità sono frequenti anche in questi infermi. Le speciali caratteristiche delle manifestazioni suddette, il contrasto col tremore dei paralitici e dei bevitori, la grande regolarità e l'abbondanza dei singoli movimenti si possono riconoscere evidentemente anche dagli scritti. Oltre a ciò si può aggiungere tutta una serie di sintomi

che indicano mutamenti più o meno profondi della nutrizione cerebrale, come dolori di capo, vertigini, attacchi apoplettici con manifestazioni afasiche transitorie o durevoli, inoltre emianestesia, emianopsia, ptosi, emiparesi del volto, della lingua, delle estremità. Le pupille sono non di rado ristrette, disuguali, reagiscono torpidamente, a volte affatto; i riflessi tendinei sono aumentati, più di rado scomparsi; la parola è divenuta indistinta. Talvolta si hanno disturbi neuritici e anche il prurito senile. Le alterazioni arterio-sclerotiche che sono molto frequentemente una manifestazione concomitante della demenza senile, si possono riconoscere spesso già dalle arterie serpeggianti, rigide, dal polso duro, piccolo e rallentato, non di rado irregolare.

Nei gradi più alti della demenza senile la coscienza degli avvenimenti della vita e dell'orientamento si perdono completamente in modo graduale. Gli infermi comprendono ancora quando si rivolge loro la parola, dànno forse ancora qualche risposta assennata, ma sono completamente incapaci a comprendere gli avvenimenti del loro ambiente, dimenticano prestissimo ciò che avviene e perdono sempre più le conoscenze antecedentemente acquistate. Non hanno quindi più idea del luogo ove si trovano, chiamano le persone che li circondano con i nomi di conoscenti d'infanzia morti da molto tempo, non conoscono più i propri parenti, non sanno più la loro età nè quanti figli abbiano. Per lo più sono facilmente distraibili, nè possono fermarsi sopra una idea. Il cerchio rappresentativo è molto ristretto e ritornano quindi sempre nuovamente le medesime frasi. È stata anche osservata la ripetizione insensata, caratteristicamente ritmica, quasi cantata, di alcune lettere o sillabe. Talvolta nella mancanza di sostantivi e nella caratteristica indecisione dei discorsi si notano tracce di disturbi afasici.

Spesso si sviluppano delirii strani e mutevoli, idee di persecuzione o di grandezza. In questi casi esistono passaggi graduali alle forme tardive di malinconia di cui abbiamo già parlato e nelle quali noi riscontriamo di nuovo le insensate rappresentazioni ipocondriache e nichilistiche. L'ammalato non può più parlare nè mangiare, è morto, viene derubato, deve essere scannato; lo si vuol battere, gli si vuol mettere la camicia di forza, aprirgli il ventre e trarne gl'intestini: « gli infermieri se ne rallegrano gia ». Il medico è un assassino, lo avvelenerà; la moglie se la intende con altri uomini; egli deve soffrire i dolori del Redentore. Per lui sono giunti abiti, denaro, caffè; egli possiede milioni, vini prelibati, è nobile, deve andare dall'imperatore, Dio gli ubbidisce al minimo cenno.

Nei gravi disturbi di fissazione la tendenza al favoleggiare suole essere specialmente accentuata. L'ammalato racconta ogni sorta di av-

venimenti inventati in modo delirante, dice di aver ricevuto una lettera, una visita, di aver fatto una passeggiata. Egli ha raccolto delle patate, ritorna appunto dalla stalla. Ieri ha pranzato dall'imperatore, alla guerra ha ucciso di sua propria mano un intero reggimento, ha intrapreso viaggi favolosi ed ha avuto avventure i cui particolari si lasciano facilmente influenzare da obbiezioni. In queste narrazioni si può spesso stabilire un senso di incertezza; l'ammalato si corregge, ad una insistente contraddizione ritira le sue dichiarazioni, dice di essere completamente confuso, di non aver la testa a posto. Isolati disturbi psicosensoriali, specialmente della vista, non sono rari.

L'*umore* è ora abbattuto, angoscioso, scoraggiato, ora eccitabile e brusco; ora si sviluppa una allegria insulsa che si cambia spesso immediatamente in una angoscia piagnucolosa. Gli ammalati si lamentano ed ingiuriano, graffiano, battono, sono capricciosi ed intrattabili, fanno improvvisi tentativi di suicidio; ballano intorno con un sorriso allegro e stupido, saltano sfrenatamente per la stanza, lanciano baci con le mani. Spesso essi si mostrano inquieti, specialmente la notte: scendono dal letto, vogliono uscire, mettono sossopra le lenzuola e le coperte, ne fanno un involto per partire, rovinano, insudiciano, fuggono strisciando sul pavimento, si spogliano di giorno poichè credono che sia tempo di dormire. Diventano incapaci a tutto e sudici. Il sonno è spesso disturbato; ora gli ammalati sono avidi di cibo, ora mancano di appetito.

Nel novero di queste demenze senili si distingue un piccolo gruppo di casi nei quali, malgrado le alterazioni della capacità di fissazione e della memoria, l'attività intellettuale, l'ordine del corso ideativo, e fino ad un certo grado anche la capacità di critica, rimangono discretamente conservati. Ci piace di indicare questo notevole quadro patologico, secondo il concetto di Wernicke, col nome di *presbiofrenia* datogli da Kahlbaum. Gli ammalati, donne per la maggior parte, sono trattabili e seguono senza grande difficoltà anche lunghi discorsi; comprendono i particolari di ciò che accade intorno ad esse, ma non sono assolutamente in grado di formarsi una idea chiara della loro posizione e dei rapporti fra gli avvenimenti, senza però risentire questa incapacità. Dimenticano in un tempo incredibilmente breve quanto hanno fatto o udito; solo singole impressioni che ne eccitino l'emotività durano in esse più a lungo; così una ammalata si ricordava dopo parecchi giorni, che io l'avevo accusata di furto, mentre dimenticava appena dopo pochi minuti, parole, visite, comunicazioni. L'orientamento rispetto al luogo e più specialmente quello rispetto al tempo sono alterati profondamente. Gli ammalati, anche dopo un soggiorno di mesi

nell'Istituto non sanno dove propriamente si trovino, da quanto tempo vi siano, come si chiamino le persone che li circondano. Essi salutano individui sconosciuti come vecchi amici, si lasciano convincere di averli già veduti altre volte; soltanto non possono ricordare il loro nome, ed esprimono, dubbiosi, un nome ad essi precedentemente famigliare. Non ricordano nè il giorno nè l'anno in corso, spesso neanche l'epoca della loro nascita; dànno le risposte più contraddittorie sulla loro età, non sanno nulla della morte dei loro genitori, parlano con la più grande tranquillità dei loro bambini, riflettono sull'idea di contrarre un nuovo matrimonio, mentre hanno forse appunto allora detto esser vivo il loro marito, morto in realtà già da lungo tempo. Anche le nozioni sogliono divenire molto ristrette. La capacità al calcolo è qualche volta discretamente mantenuta e sono conservate abbastanza bene anche le piccole cognizioni della vita quotidiana: i prezzi dei viveri, le ricette per pietanze; al di fuori di questo tutto è svanito, la nozione dei grandi avvenimenti politici, i particolari della geografia e della storia, spesso anche il nome del loro sovrano, perfino il nome e l'età dei propri figli. Talora si può, accanto a ciò, osservare l'insorgere di ricordi del più lontano passato, il proprio nome di ragazza, il nome del regnante precedente, nomi già da lungo tempo in disuso di monete e pesi.

Le ammalate comprendono solo molto confusamente questa grande diminuzione del loro patrimonio di rappresentazioni. Alle domande ad esse rivolte, rispondono che esse non si sono mai interessate di ciò, che le donne non si occupano di tali cose, che in campagna non è necessario saperle, che esse le avevano notate nel libro mastro di casa, ma che in quel momento non possono ricordarsene. Esse riempiono le lacune con ricordi del passato, con piccole invenzioni, che, dietro suggestioni arrotondano ed accrescono. La mattina hanno avuto da fare; il giorno innanzi sono state a visitare i genitori ed hanno bevuto da essi il caffè; vi erano anche altri parenti. Ora sono qui per aiutare, ma torneranno subito a casa, sono grate all'amministrazione che ha dato loro questo lavoro, e paga loro una buona mercede. Vere idee deliranti non sogliono insorgere e tanto meno disturbi psico-sensoriali.

La critica, nei limiti delle nozioni precedentemente acquistate e ancora rimaste, è buona. Frasi insensate come « la neve è nera », « i cavalli abbaiano », « i ladri vengono premiati » sono da esse respinte ridendo, o modificate come: « la neve è nera, se vi cade sopra la polvere ». Mentre è possibile far loro credere senza speciale fatica avvenimenti indifferenti, vanno in collera appena si dice loro che hanno rubato o prestato giuramento falso. Una delle mie ammalate raccontò

subito dopo, di essere stata per tale motivo dal sindaco, il quale la aveva assicurata che la colpevole era una altra donna che portava il suo stesso nome. All'incontro le ammalate cadono, per quanto riguarda i rapporti di tempo, nelle più grandi contraddizioni senza accorgersene e senza comprenderle, neanche quando queste vengono fatte loro espressamente notare. Esse trovano perfettamente regolare che il padre abbia la loro stessa età, che il figlio sia soltanto quattro anni più giovane e inoltre sia venuto al mondo 10 anni prima, che una donna di 86 anni possa ancora aver figliuoli. Un'ammalata riteneva tutto ciò possibile e già avvenuto.

Nella conversazione gli ammalati sono vivaci, spesso loquaci ed abbastanza ordinati, quantunque divaghino spesso. Il seguente scritto offre i frammenti di uno di tali discorsi; vi sono aggiunte in parentesi le domande del medico:

« (Da dove viene Lei?) da fuori, da casa, da mio padre. (Quanti anni ha suo padre)? — mio padre? — Avrà 25 anni. Ma non così precisamente! (Quanti anni ha lei?) Quanti anni ho io? lo ho la settimana soorsa o la settimana appunto il mio..... ho appunto il mio.... come si dice? Poi quando si finisce di andare a scuola che io non ho più bisogno di andare a scuola di cucito o di maglia, come appunto si chiama o io sono appunto fuori, dove è la mia famiglia. (Quanti anni ha lei?) Quanti anni ho adesso? ah! mia sorella è la maggiore ed io ho ancora dovuto..... come si dice, oh Dio..... fare le cose, oh Dio, come si chiama dunque? Come si dice pure nei luoghi, che esse sono anche giuste che si può averne bisogno. (Quanti anni ha lei?) Quanti anni ho? Ho 24 anni. (Si?). Si. (E suo padre?) Ah, ha 25 anni. (È lei maritata?) No, non sono maritata. (Vivono ancora i suoi genitori?) Si papà, mamma ed un fratello. (Quanti hanni ha suo padre?) Hm, egli non è tanto vecchio. (Prese' a poco?) Egli avrà, egli avrà 26 anni. Quando egli è a casa, lei potrebbe venire una volta da noi, allora potremmo chiacchierare di questo e di quello. Nostro padre è un uomo laborioso. (Quando lo ha lei visto per l'ultima volta?) Un anno fa. (Quando è nata lei?) Sono nata nel 1832. (In che anno eiamo adesso?) Devo appunto dire a mio padre: papà dalla sua...., la sua cosa, allora si può leggerlo. (In quale anno?) In quale anno [adesso? Adesso noi siamo nel quattro.... io non vi guardo tanto. (Lei pure saprà in che anno siamo!) Si, si, 1832, 33, 34. (Adesso?) Io non posso leggerlo bene; quando andrò a casa, domanderò a mia sorella e le dirò: tu notamelo. (Dove fu lei ieri, domenica?) Io non vado via. (Dove è stata oggi?) Sono stata a casa; abbiamo avuto qualche cosa fuori. (È lei maritata?) No. (Ma lei si chiama la Sig.ª B.?) Si, la signora B. (Come si chiama dunque suo marito?) Ah Dio, non posso dirlo precisamente. (Lei è accusata di furto? (ride) Non me ne importa. Noi abbiamo a sufficienza a casa. A noi furto! Si e niente altro? Questo non mi viene in mente. Essi non devono potermi soffrire o altro. Ma un furto! Questo non mi è mai successo. Noi abbiamo da vivere. (Ma lei ha trovato il portamonete con i 3 marchi e non lo ha restituito!) Nessuno mi ha detto che lo dovevo restituire. (Ma dove lo ha Lei lasciato?) Noi lo abbiamo portato a casa nostra. (Quando fu ciò?) Quando è stato ciò? Sono

forse 4, 5 giorni. (Di mattina o di dopo pranzo?) Di mattina. Dove lo ha lei trovato?) Nel nostro terreno, che noi possediamo. (Lo ha trovato proprio là?) Sì, la gente è appunto invidiosa e vuole anche ottenere qualche cosa. Ma papà ha subito detto: Siate contenti, io chiacchiererò con loro. (Quanti anni ha lei?) ah, devo domandarlo a mio padre, io non so bene quanti. (Presso a poco?) Al massimo 30; non più per ora. (Mi conosce dunque?) La conosco già da molto tempo, ma non posso dire con precisione come lei si chiami..... Come si chiama egli dunque?..... Ah..... bene, lei non si chiama Nicola, no? »

Una serie delle già menzionate caratteristiche della presbiofrenia: la completa confusione cioè riguardo al luogo, al tempo e alle persone, la difficoltà di comprendere, la quale si rileva dalla ripetizione delle domande, la mancanza di giudizio circa i rapporti del tempo, la tendenza a confabulare, la facilità a lasciarsi persuadere, la resistenza verso suggestioni che eccitino l'emotività si manifesta qui chiaramente. È notevole come questa resistenza si moderi quando non si parli più di furto, ma di una semplice mancata denuncia di un oggetto trovato. Si possono rilevare più volte anche la deviabilità della attenzione e la incapacità a trovare le parole cercate.

L'umore è per lo più allegro, solo di rado e fugacemente è piagnucoloso o irritato. Le inferme mostrano interesse e compassione per chi le ricorda, sono sensibili agli scherzi e sogliono abituarsi prontamente alle nuove condizioni di vita. In generale si comportano con ordine, si occupano anche un poco, chiacchierano con questo o con quello, ma di tempo in tempo diventano inquiete, fanno un involto delle lenzuola e delle coperte, tentano di uscire, saltano dal letto senza un piano prestabilito o girano correndo intorno ad esso.

Se la presbiofrenia sia una malattia a sè o rappresenti semplicemente una sindrome è dubbio. In ogni modo nella demenza senile semplice si osservano in via transitoria quadri del tutto simili, d'altra parte la presbiofrenia per la perdita della eccitabilità psichica ed emotiva può trasformarsi in una semplice demenza apatica. Talvolta però si vede persistere quasi inalterato il quadro morboso per una serie di anni. Lo sviluppo di esso segue di regola a poco a poco; ma in alcuni casi sembra anche potersi verificare dopo prodromi insignificanti, in pochi mesi ed anche in settimane. Segni di grossolane alterazioni cerebrali e specialmente paralisi e attacchi convulsivi sono qui rarissimi; per lo più si tratta di persone di costituzione fisica abbastanza robusta.

Si è posta più volte la presbiofrenia in stretta relazione con la psicosi di Korssakow. Ciò è giustificato solo fino a questo punto: che entrambe le malattie hanno di comune un solo sintoma: la grave alterazione della capacità di fissazione e della memoria. Il riunire queste

due malattie basandosi su questa concordanza non ha clinicamente maggior valore che se si parlasse di una mania o di una malinconia paralitica. Esse manifestamente, per la causa, per il modo di svolgersi per il decorso e per l'esito sono estremamente dissimili. Ma anche i quadri morbosi in se offrono una somiglianza puramente esteriore. L'alterazione della momoria, l'impoverimento intellettuale, la mancanza di critica dei presbiofrenici sono incomparabilmente più profondi di quelli degli alcoolisti di Korssakow, i quali possono disporre, quasi completamente, di ciò che in antecedenza hanno psichicamente acquisito. D'altro lato questi ultimi sembrano essere più indifferenti e più ottusi, mentre nella presbiofrenia l'irrequietezza senile e la loquacità sono molto marcate. Anche il tono sentimentale è assolutamente di verso: là l'umoristica soddisfazione di sè stesso del bevitore, qui una vuota, insulsa allegria.

Sulla base della debolezza mentale senile può svolgersi in seguito una serie di quadri morbosi nella cui forma clinica si manifesta più o meno chiaramente l'influenza dell'involuzione psichica generale. In ciò noi prescindiamo completamente da quei disturbi psichici che possono aver luogo in ogni età e anche in quella avanzata, pur anco se un colorito speciale di essi, dovuto alla senilità, si lasci riconoscere con relativa frequenza.

Nella maggioranza preponderante dei casi le alterazioni psichiche della vecchiaia sono rappresentate da *stati di depressione* e noi ne abbiamo già descritto il carattere senile nel capitolo della malinconia. Molto più rari sono gli stati di eccitamento maniaco sia nella forma lieve dell'ipomania che in quella con grave confusione e fuga di idee, rappresentazioni deliranti e disturbi psico-sensoriali. Secondo la mia convinzione essi debbono ritenersi semplicemente come forme tardive della psicosi maniaco-depressiva e come questa essi hanno un decorso favorevole però spesso periodico o alternantesi con depressione. In alcune circostanze il quadro clinico può essere alterato dallo sviluppo di lesioni arterio-sclerotiche o simili.

A me sembra che la cosa stia diversamente in alcune forme *deliranti* della vecchiaia; qui noi ci troviamo probabilmente di fronte a speciali manifestazioni di alterazioni cerebrali dei vecchi. Si tratta di stati confusi di eccitazione che si sviluppano improvvisamente e decorrono con rapidità, accompagnati da vivaci disturbi psico-sensoriali. Di regola si sono avuti già qualche tempo prima segni isolati dell'iniziantesi demenza senile. Una malattia acuta, un accidente, una

emozione, danno l'ultima spinta allo scoppio del delirio; questo talvolta segue ad un attacco apoplettico; spesso non è possibile rintracciare alcuna causa.

Per la grave alterazione della coscienza gli ammalati divengono subito completamente confusi, non possono fissare la loro attenzione, hanno allucinazioni e cadono in una eccitazione estrema che può diventare in breve tempo fatale per essi. Dalle loro parole ancora intelligibili si rileva che essi credono di essere avvelenati, stregati, che il diavolo sta innanzi alla porta, che persone armate di accetta, pistole e coltelli vogliano penetrare nella stanza, che venga innalzato un patibolo. Essi sono nell'averno, circondati da potenze nemiche, non vedono più la luce della grazia; è venuta la polizia, il mondo rovina. Scorgono figure nel soffitto, sentono voci, canti, apostrofi minacciose, rimproveri sessuali; nella stanza viene buttata della sabbia. Gli ammalati non riconoscono affatto l'ambiente.

L'*umore* è di solito angoscioso o eccitato, ma per brevi periodi anche sereno o allegro o indifferente, cogitabondo. I discorsi sono completamente incoerenti, vaghi, con fuga di idee, e si limitano spesso a parole tronche, appena intelligibili o alla monotona ripetizione di singole sillabe senza senso; sussiste inoltre quasi sempre un marcato stimolo a parlare. Talvolta si osserva ecolalia. Gli ammalati sono inquieti, quasi insonni, vogliono uscir fuori, scuotono le porte, rompono le finestre, gridano forte, chiedono aiuto, ingiuriano e minacciano; essi si acquetano, scivolano a terra, stracciano, strofinano, insudiciano, si rotolano, mordono, fanno stridere i denti, oppongono resistenze insensate, rifiutano il cibo. Nei *delirii post-operatorii*, dopo operazioni di cateratta, che forse appartengono in parte anche a tali forme, l'eccitazione motrice non suole essere così violenta; all'incontro si presentano più forti le allucinazioni della vista e dell'udito.

Il *decorso* di queste forme offre quasi di regola oscillazioni, remissioni improvvise con un ritorno più o meno completo della coscienza. Talvolta il delirio ricompare dopo breve tempo, oppure l'eccitazione si cambia in uno stato di debolezza piagnucolosa e ansiosa che può svanire a poco a poco, ma che può anche persistere. Nei casi sfavorevoli l'eccitazione si eleva rapidamente ad un alto grado; si giunge alla carpologia, ad una perdita estrema delle forze ed alla morte per esaurimento, per polmonite *ab ingestis*, o per casuali malattie o lesioni traumatiche.

Uno speciale quadro fenomenico della demenza senile è dato infine dal *delirio di persecuzione senile*, che sotto molti rapporti

è simile al quadro morboso corrispondente delle altre età della vita e si confonde con esso senza limiti ben determinati. Anche questa forma si sviluppa a poco a poco; gli ammalati diventano cupi, eccitabili, diffidenti, si rinchiudono in sè stessi e prendono una attitudine ostile verso l'ambiente. A poco a poco si rende evidente che essi sono dominati da rappresentazioni deliranti. Si credono derubati, schierniti dai vicini, disprezzati, scoprono veleno nelle loro vivande; gli oggetti da essi adoperati vengono guastati e cambiati. Per lo più queste rappresentazioni deliranti sono abbastanza scarse, confuse e incoerenti, non vengono ulteriormente elaborate, ma non rimangono mai identiche per un certo tempo. Spesso sussistono singoli disturbi psico-sensoriali (« Tu devi crepare ») specialmente negli ammalati di udito duro. Essi odono parole ingiuriose, minaccie; sentono che li si elettrizza, che si spara loro addosso con scheggie di vetro; che li si spruzza di acidi, che si tormentano con fiotti di vapori; che si impedisce loro artificialmente la defecazione, o che si soffia loro polvere di cavallo nel collo. La coscienza o l'orientamento degli ammalati rimangono inalterati. Al contrario essi confondono facilmente le persone del loro ambiente, raccontano di esse cose inventate, le mescolano alle loro immagini deliranti. L'umore è in generale indifferente, di tempo in tempo eccitato, talvolta esaltato o tronfio. Gli ammalati si comportano con ordine, si occupano, si lasciano dirigere facilmente; solo qualche volta sono piu eccitati.

Lo sviluppo della demenza senile comincia in generale solo fra il 65.° e il 75.° anno di età, ma individui già originariamente predisposti o « logorati » da vita agitata, da grave eccesso di lavoro o specialmente dall'azione di veleni possono anche molto piu presto, verso i cinquant'anni, presentare una vecchiaia precoce *(Senex praecox)*. Nell'uomo fortemente pregiudicato dal lavoro e dalle sregolatezze, l'ordinaria demenza senile sembra in generale aver luogo un poco più presto che nel sesso femminile. La ereditarietà sembra non abbia qui una parte importante; solo in poco più della metà dei casi con anamnesi ben nota trovai nella famiglia alterazioni psichiche. Si trattava quasi esclusivamente di fratelli e sorelle ammalati; però anche di genitori che furono affetti da demenza senile, perciò anche quando non risulti provata l'eredità, sarà giustificato il sospetto di notizie incomplete sulla sorte degli antenati. Alcuni degli ammalati erano sempre stati deboli di mente. Molto spesso si ode dire che i primi segni della demenza sono apparsi dopo lesioni esterne, dopo una ferita al capo, dopo una malattia con febbre, specialmente influenza, catarro bronchiale o dopo una emozione violenta.

Il reperto necroscopico (1) ci mostra nei casi gravi della demenza senile tanto macroscopicamente quanto microscopicamente, una evidente *atrofia della sostanza nervosa*. Il peso del cervello è diminuito secondo i risultati di Forel, in media di 200 grammi; il volume è ridotto (ispessimento compensatorio della scatola cranica e raccolta idropica di siero); tutta la corteccia cerebrale mostra un uniforme assottigliamento. Le cellule nervose appariscono atrofiche in vario grado, spesso fortemente pigmentate; a ciò vanno unite tutte le alterazioni acute che noi abbiamo già descritto nella paralisi progressiva come espressione di una malattia generale delle cellule nervose. Spesso esse appaiono distrutte in proporzione più estesa, come pure si trova distrutta una parte più o meno grande delle fibre nervose tangenziali e radiali. La nevroglia si riscontra proliferata; i suoi nuclei sono aumentati di numero; si osservano corpi cellulari delicatissimi, formazioni di vasti protoplasmi nevroglici nei gradi più avanzati di disfacimento, diffuse *gliarasen*, sviluppo di fitte reti di finissime fibre di nevroglia. Si notano nello stesso tempo estesi processi regressivi, intensa pigmentazione, vacuolizzazione, raggrinzamento del nucleo. Certamente nella demenza senile il processo patologico non sembra essere sempre uguale e noi anche clinicamente distinguiamo una serie di forme varie. Pure non è ancora possibile stabilire rapporti più stretti fra i singoli quadri clinici ed anatomici.

La figura 1 della tavola VIII ci dà il quadro di una alterazione senile della corteccia cerebrale. Noi riconosciamo qui dapprima in contrapposto al reperto dell'arterio-sclerosi della tavola VI, che un numero abbastanza grande di cellule nervose è relativamente ben conservato. Una distruzione maggiore si trova specialmente negli strati esterni della corteccia fra le cellule piramidali piccole e medie, mentre le serie delle grandi piramidali appaiono assottigliate solo in minimo grado. Le cellule corticali conservate mostrano in generale di essere poco alterate; esse offrono per lo più il grado della alterazione descritta da Nissl come malattia cronica. Ad un più attento esame delle figure si riscontrano accanto a cellule quasi normali, altre cellule più o meno alterate fino alla completa distruzione; ciò che è indicato con le lettere *b, c, d;* tali fatti si riscontrano dappertutto. L'intero processo morboso si mostra a forte ingrandimento come una rarefazione progressiva con intenso deposito di pigmento. Questa mescolanza im-

(1) Campbell, *Journal of mental science*, 1894, 638.

mediata dei più vari stadii dello stesso processo morboso cronico sembra sia, come risulta dalle descrizioni di Nissl, fino ad un certo punto caratteristica della demenza senile.

Le alterazioni della nevroglia, nelle quali accanto ai processi proliferativi era molto pronunziata la tendenza a processi regressivi, non si scorgono nella nostra figura. Invece si vede bene ciò che la fotografia aveva posto in rilievo, e che fu immediatamente riconosciuto esatto, che anche i vasi sanguigni, in un certo grado, notevolmente minore che nell'arterio-sclerosi, offrono i segni della degenerazione ialina; si confrontino i punti indicati con *a*. Siccome questo reperto si osserva anche in casi che non hanno assolutamente nulla a che fare con l'arterio-sclerosi, così esso non è punto atto a cancellare i limiti già esistenti, e con ragione, per motivi tanto clinici che anatomici, fra la demenza senile e quella arterio-sclerotica. Nelle cellule dell'endotelio e dell'avventizia si trovano abbondanti accumuli di pigmento. Le meningi molli sono intorbidate e inspessite; anche alterazioni pachimeningitiche e segnatamente ematomi sono relativamente frequenti. Anche nel midollo spinale e nei nervi periferici si riscontra distruzione di numerose fibre nervose, come pure aumento del tessuto di sostegno e inspessimento dei vasi.

Dal fatto che i vasi sanguigni nella demenza senile pura sono affetti in grado relativamente minimo, noi possiamo trarre la conclusione che, al contrario di quanto era stato ammesso per il passato, le alterazioni dei vasi non possono essere, in nessun modo, le vere cagioni dei processi patologici senili. Ciò viene dimostrato anche dal fatto che talvolta possiamo riscontrare ben conservate le facoltà psichiche, malgrado una estesa alterazione dei vasi cerebrali. Pure è anche certo che lesioni arterio-sclerotiche più o meno progredite sono fatti che accompagnano molto frequentemente la demenza senile. Sembra perfino che si abbiano non raramente vere forme miste, cliniche ed anatomiche, di alterazioni cerebrali senili e arterio-sclerotiche. Esse sono propriamente quelle lesioni che Alzheimer ha descritto come « disfacimento cerebrale senile », in cui, accanto ad una diffusa atrofia della corteccia cerebrale senile, si trovano focolai arterio-sclerotici che dalla superficie corticale si approfondano intorno ai vasi, a forma di cuneo. Nel quadro clinico ai fenomeni di *deficit* più o meno circoscritti si aggiunge una profonda demenza generale.

Un esempio ce ne è dato dalla figura 2 della tavola VIII. Si vede qui chiaramente la distruzione circoscritta delle cellule nervose lungo il tragitto di un vaso penetrante dalla superficie nella corteccia,

mentre le regioni corticali limitrofe mostrano solo alterazioni relativamente minime. Le proliferazioni di nevroglia in forma di fasci, simili a cicatrici, in tali focolai, si possono vedere nella figura 4 della tavola VII.

Il passaggio impercettibile delle forme marcate della demenza senile alle alterazioni psichiche usuali dei vecchi rende impossibile una netta delimitazione di esse dai confini normali. Fino ad un certo grado perciò la determinazione dello stato morboso è qui affatto arbitraria, salvo che l'insorgere di idee deliranti e di gravi stati di eccitazione non lascino più alcun dubbio che i limiti normali siano stati sorpassati. D'altra parte le alterazioni psichiche senili si possono confondere anche con quelle del periodo di involuzione nel quale si compie in certo modo l'avviamento verso la vecchiaia. Negli stati di depressione la debolezza psichica della vecchiaia si manifesta con la meschinità e la confusione delle idee deliranti, con l'insorgere di alterazioni nella fissazione dei ricordi e di debolezza della memoria, come pure di una ottusità emotiva.

In alcuni casi la limitazione fra la debolezza mentale senile e presenile e le forme varie delle malattie cerebrali arterio-sclerotiche può, per motivi facili a comprendersi, essere molto difficile. Noi qui possiamo solo accennare che fenomeni a focolaio non sono particolari alla demenza senile, ma che essi indicano invece una malattia concomitante dei vasi. Quanto più gravi dunque in un quadro morboso risaltano i sintomi di una malattia cerebrale grossolana, a focolaio, tanto maggiore deve ritenersi la parte che vi rappresentano le lesioni arterio-sclerotiche. All'incontro un regredire rapido e generale delle facoltà psichiche, specialmente una grave alterazione della fissazione e dei ricordi dovranno attribuirsi piuttosto ad un alterazione corticale senile. Punti di vista completamente uguali valgono per la limitazione delle alterazioni psichiche luetiche. I fenomeni somatici, gli accessi e le paralisi dominano il quadro nelle psicosi luetiche, mentre in esse la demenza non raggiunge mai o raggiunge solo dopo una lunga durata della malattia, gradi così alti come nelle forme senili. Si hanno invece molto più numerose le idee deliranti e i disturbi psico-sensoriali. E chiaro che anche l'anamnesi, la qualità particolare dei segni fisici (paralisi dei muscoli oculari, atrofia dell' ottico), come pure l'età del paziente all'inizio della malattia, possono fornire importanti punti d'appoggio. La possibilità di un occasionale collegamento delle due malattie deve frattanto venire certamente ammessa.

Anche il differenziare la demenza senile dalla paralisi progressiva può esser necessario in alcuni casi. Anche qui bisogna osservare in prima linea

i segni somatici. Alla rigidità riflessa delle pupille si deve dare importanza solo con grande prudenza; all'incontro i disturbi paralitici della parola e della scrittura, l'ipoalgesia, gli attacchi senza paralisi duratura meritano grande considerazione. Nel campo psichico è da osservare nella demenza senile che dapprincipio il disturbo della fissazione suole essere molto più grave della debolezza della memoria. Cognizioni e ricordi precedenti rimangono talvolta chiari, mentre la capacità di fissazione è già gravemente pregiudicata. Nella paralisi questa sproporzione non si riscontra affatto, o almeno per lungo tempo non allo stesso grado: le idee deliranti sono di regola più abbondanti e durano più a lungo; il tono sentimentale è molto più vivace. Nella demenza senile noi non riscontriamo mai il senso di raggiante felicità del paralitico; gli ammalati sono più ottusi, più superficiali nelle manifestazioni sentimentali; un umore diffidente, insoddisfatto, eccitabile è molto più frequente. Nello stesso tempo gli ammalati mostrano un contegno più inquieto e meno docile in confronto a quello demente, ma euforicamente pericoloso dei paralitici.

Clinicamente i deliri senili possono distinguersi da altre forme simili solo per i fenomeni iniziali o concomitanti della demenza senile. Il delirio di persecuzione senile si confonde forse impercettibilmente con il delirio presenile di nocumento. Certo si deve qui accennare, accanto agli altri segni della caratteristica demenza senile, anche alla perdita della eccitabilità psichica, alla meschina conformazione e all'insensatezza delle rappresentazioni deliranti, come pure alla ottusità emotiva della vecchiaia.

Io non sono ancora in grado di dire con sicurezza se e dove si debba segnare un limite di fronte alle forme clinicamente simili della *dementia praecox*. È possibile che noi mescoliamo anche qui quadri morbosi di importanza completamente diversa. Si potrebbe, p. es., pensare che i casi con marcato delirio di influenzamento somatico da un lato, e quelli con profonda alterazione della fissazione e della memoria dell'altro, debbano separarsi gli uni dagli altri; pure gli sforzi per formare piccoli gruppi nettamente delineati, non hanno avuto alcun successo. Noi abbisogniamo in ciò assolutamente della guida dell'anatomia patologica.

Il *trattamento* della malattia ha, naturalmente, limiti molto ristretti. Quasi tutto quello che si può fare consiste nella attenta cura fisica, nella sorveglianza degli ammalati spesso deboli e delicati, nel regolare il modo di vita e specialmente il nutrimento; nel combattere lo stato angoscioso con piccole dosi di oppio, l'insonnia con bagni,

impacchi, con opportune somministrazioni di alcool, paraldeide, trional. Negli stati di eccitazione delirante è spesso necessario far uso del letto a sponde imbottite, del bagno a permanenza e della nutrizione a mezzo della sonda, con o senza l'aggiunta di un calmante. D'altra parte nelle forme tranquille di debolezza mentale molto spesso non è necessario il trattamento in un Istituto, che può, in condizioni favorevoli di famiglia, essere completamente sostituito dalle cure in casa o in un Ospizio.

IX

La psicosi maniaco-depressiva (1).

La psicosi maniaco-depressiva, come noi la descriveremo in questo capitolo, abbraccia da un lato l'intero campo della così detta *pazzia periodica e circolare*, dall'altro la *mania semplice* distinta per lo più dalla prima. Coll'esperienza mi sono sempre più convinto che tutti i quadri così chiamati rappresentano solo forme di un unico processo morboso. È certamente possibile che si creino in seguito una serie di sottospecie o anche che i singoli piccoli gruppi vengano di nuovo distinti completamente; ma quando questo avvenga non si devono certamente, secondo la mia opinione, prendere come norma quei segni che ora si vogliono mettere in prima linea. Quello che mi fa assumere questo atteggiamento nella questione è l'osservazione che tutti i quadri patologici esposti, malgrado le molte differenze esteriori, si compongono tutti degli stessi tratti fondamentali. Se si conoscono questi, si sarà quasi sempre in grado, facendo astrazione da alcune difficoltà pratiche, di stabilire con essi se il singolo quadro morboso appartenga al grande gruppo della psicosi maniaco-depressiva e di ottenere così una serie di punti di appoggio per la speciale importanza clinica e prognostica del caso. Dall'altro lato, come io credo, è assolutamente impossibile di ritrovare dei limiti ben definiti fra i singoli quadri morbosi tenuti finora distinti. Dalla semplice « mania », numerose osservazioni con 2, 3, 4 attacchi in tutta la vita, conducono quasi impercet-

---

(1) Kirn, *Die periodischen Psychosen.* 1878; Mendel, *Die Manie, eine Monographie.* 1881; Emmerich, Schmidts, *Jahrbücher CXC*, 2; Pick, *Circulares Irresein;* Eulenburgs *Realencyclopadie*, 2. *Auflage;* Hoche, *Uber die leichteren Formen des periodischen Irreseins.* 1897; Hecker, *Zeitschrift für praktische Arzte*, 1898, 1; Pilcz, *Die periodischen Geistesstorungen.* 1901; Thalbitzer, *Den manio-depressive Psykose, Stemmingssindsygdom* 1902.

tibilmente a forme periodiche e da queste noi giungiamo alla pazzia circolare, per mezzo di quei casi nei quali stati depressivi anteriori o posteriori sempre più evidenti, offuscano a poco a poco il quadro puro della mania, o nei quali la lunga serie degli attacchi viene interrotta inopinatamente da uno stato depressivo.

Non vi è alcun psichiatra e, secondo la mia convinzione, non può esservene alcuno, capace di riconoscere dal solo *quadro morboso* se un dato caso debba considerarsi come mania semplice o periodica, o come pazzia circolare. Per quanto varie possano essere in sè le forme nosografiche dell'eccitamento o della depressione, per l'importanza clinica speciale del caso noi possiamo usufruire di tanto poco, quanto poco possiamo ricavare dalle varie forme dell'eccitazione e della depressione paralitica per le conclusioni sul presuntivo ulteriore decorso, astraendo naturalmente in ambedue i casi da alcune norme generali statistiche, le quali nel singolo caso ingannano molto spesso e non possono perciò servire mai alla delimitazione di malattie reali.

D'altra parte mi sembra certo che tutti questi quadri morbosi siano strettamente collegati fra loro, segnatamente perchè noi abbastanza spesso li vediamo cambiarsi direttamente l'uno nell'altro. Come noi nei quadri morbosi esteriormente così vari della demenza epilettica, della *dementia praecox*, della paralisi progressiva riconosciamo sempre il processo morboso speciale che ne forma il fondamento, come si possono nello stesso ammalato sviluppare successivamente tutti quei quadri, così vi è anche per la psicosi maniaco-depressiva un circolo ben determinato di forme e di fenomeni clinici, che si alternano fra loro senza che abbiamo il diritto di riferire le innumerevoli manifestazioni del quadro morboso a processi fondamentali essenzialmente diversi. Al contrario noi ci troviamo nella condizione di dovere collocare senz'altro, anche ogni più piccola frazione dei detti decorsi morbosi, nella grande cornice della psicosi maniaco-depressiva. Fatta forse astrazione dalla « pazzia degenerativa », nessuna forma di passaggio conduce agli altri gruppi di alterazioni psichiche. Tutti questi motivi mi spingono a considerare l'insieme delle forme cliniche della psicosi maniaco-depressiva come una unità e a presentare i singoli quadri morbosi e i modi di decorso come manifestazioni diverse di un processo morboso comune.

La psicosi maniaco-depressiva decorre, come il nome stesso indica, in singoli attacchi, i quali offrono o i segni della cosidetta *eccitazione maniaca* con fuga delle idee, umore elevato, e impulso ad agire, o quelli di una *disposizione d'animo* particolarmente *triste*, con difficoltamento

del pensiero ed arresto psico-motorio, o infine un miscuglio di ambedue questi stati.

Come noi potemmo dimostrare per mezzo di esperimenti, nella mania la *percezione* di impressioni esterne è di regola alterata, talvolta anzi molto considerevolmente; solo nelle forme leggerissime noi troviamo valori che forse corrispondono alla capacità minima di individui normali, ma che rimangono decisamente al di sotto della media. È notevole il numero relativamente grande degli errori commessi, numero che però non è neanche lontanamente così alto come nella *dementia praecox*. Gli ammalati percepiscono visibilmente in modo superficiale ed inesatto; d'altro lato singole esperienze dimostrano che il loro impulso a parlare li trascina facilmente a dire cose che essi non hanno affatto veduto. Nell'alterazione della percezione ha inoltre una grande importanza la straordinaria *deviabilità dell'attenzione*. Gli ammalati perdono la capacità di scegliere e di ordinare le impressioni; ogni stimolo sensoriale un po' intenso li colpisce con una certa violenza, in modo che gli infermi sogliono subito volgersi ad esso. Se pure si è perciò ancora in grado di attirare rapidamente la loro attenzione col mostrare loro oggetti o col rivolgere loro parole, essa se ne allontana molto facilmente per rivolgersi su di un nuovo stimolo qualsiasi. La concezione dell'ambiente rimane dunque per gli infermi incoerente e piena di lacune, anche quando non esiste una grave lesione del processo di percezione per sè.

Negli stati di depressione la percezione può essere alterata in altissimo grado. Le impressioni esterne non trovano alcuna eco nella coscienza degli infermi; nei processi di percezione non sorgono rapidi e numerosi quei quadri mnemonici che ci rendono possibile un collegamento di quanto è stato percepito con esperienze anteriori, e il concatenamento in un vivace circolo di rappresentazioni. Gli ammalati diventano perciò più o meno incapaci ad elaborare psichicamente e a comprendere gli avvenimenti che li riguardano. Nei gradi più gravi dell'alterazione, nello stupore circolare, gli ammalati in alcuni casi non comprendono nulla del mondo esterno, anche se la singola percezione sensoriale abbia luogo abbastanza bene. A ciò si aggiunga che di regola anche la mobilità dell'attenzione soffre manifestamente. I malati non sono in istato di rivolgere facilmente e prontamente la loro attenzione su di una qualsiasi impressione o rappresentazione, ma non sono neanche in grado di sottrarsi con le proprie forze alle rappresentazioni che in essi insorgono, nè a quelle eccitate in loro dall'esterno. Per altro questo vincolamento dell'attenzione offre le più estese gradazioni.

La *coscienza* degli ammalati, nelle forme gravi, è di regola alquanto offuscata. Nell'acme dell'eccitamento le impressioni e le rappresentazioni diventano confuse. Perciò specialmente colpito è l'*orientamento*. Gli infermi non sanno bene dove si trovano, scambiano le persone, salutano i medici o gli altri ammalati col nome di parenti o di vicini. Questi scambi si collegano talvolta a lontane somiglianze; ma in altri casi sembrano più uno scherzo di cui l'ammalato si compiaccia, cosciente per metà del capriccio delle sue denominazioni. Questo accade segnatamente nel decrescere dell'eccitamento, quando le false denominazioni permangono, mentre dal rimanente della condotta e dalle espressioni dell'ammalato si rileva che egli si rende completamente conto del luogo in cui si trova e delle persone che lo circondano. Anche negli stati di depressione noi riscontriamo più o meno profonde alterazioni della coscienza, fino ad un manifesto stupore. Talvolta si sviluppa uno stato di stupore sognante, nel quale l'ammalato vive in mezzo alle più strane e confuse avventure deliranti.

La *memoria* non viene lesa dalla malattia; all'incontro però gli ammalati perdono di tempo in tempo la padronanza del loro patrimonio rappresentativo. Negli stati di depressione specialmente essi spesso appaiono smemorati, non sono talora in grado di richiamare alla loro coscienza i più semplici ricordi e le più semplici cognizioni; debbono riflettere a lungo prima di esporre una data, di raccontare un avvenimento. La capacità di fissazione durante il tempo della malattia suole essere diminuita. Speciali esperimenti hanno dimostrato che gli infermi maniaci sono in grado di ritenere e di riprodurre le loro percezioni meno bene degli individui sani; si hanno spesso falsificazioni dei ricordi. Talvolta s' incontra anche tendenza a invenzioni deliranti, a pitture di strani avvenimenti del passato che vengono più o meno creduti dagli infermi. Il ricordo stesso del tempo della malattia è generalmente alquanto confuso, specialmente dopo una grave eccitazione maniaca o dopo stati stuporosi.

Spesso, e negli stati più varii, si osservano singoli *disturbi psicosensoriali,* pur essendo essi solo di rado appariscenti. Si tratta per lo più di illusioni, le quali vengono specialmente favorite dall'imperfezione e dalla fugacità delle percezioni; si hanno però spesso anche vere allucinazioni, particolarmente negli stati depressivi e stuporosi. Gli infermi vedono facce sulla parete o sul letto, teste tagliate o vermi nelle vivande, notano una orribile esalazione dal proprio corpo, un gusto dolciastro o di fradicio nel cibo, come se esso contenesse carne umana o escrezioni. Un'inferma sentiva « lo stridore dell'inferno »: altri

sentono frasi staccate. « Essa la mangia già », « cattiva donna », « oh! come essa puzza! » Generalmente queste allucinazioni non possiedono tanta lucidità sensoriale come nella *dementia praecox*. Gli infermi non sono perciò per lo più in grado di riferire testualmente frasi più lunghe, ma ne riferiscono solo il contenuto. Un'inferma scriveva di aver sentito la sua vicina dire: « Il sangue si scompone in lei e tutto il nutrimento va nella carne e quindi il suo viso diventa gonfio come quello di un maiale, i suoi occhi scompaiono internamente »; anche un'altra aveva sentito: « Questo non può accadere da sè stesso — essa deve essere certo stata una ragazza cattivissima — e ciò avviene per i molti giovani che hanno sempre frequentato la casa ». È per me molto dubbio, dopo altre osservazioni, se tali espressioni che rispecchiavano in tali cas i continui autorimproveri degli ammalati, vengano realmente uditi parola per parola. Ad ogni modo il loro contenuto si trova senza eccezione nelle più strette relazioni con i pensieri e i sentimenti degli ammalati.

Particolarmente frequenti e varie sono *sensazioni sgradevoli* nel *corpo*, che sogliono congiungersi a gravi timori ipocondriaci. Riporto il seguente brano dell'autodescrizione di una inferma, che credeva di aver contratto con l'onanismo una brutta malattia (sifilide):

« Sei mesi fa l'ammalata venne svegliata da due violenti colpi nel corpo; contemporaneamente violenti battiti nel corpo, nel cuore, nella spina dorsale e nell'occipite, tremore alle mani e ai piedi: le vene dei quali si gonfiarono fortemente. Pallore plumbeo del viso; ventosità. Dopo alcune settimane le vene si sgonfiarono, e nelle mani e specialmente nelle articolazioni punture come di 1000 aghi. La pelle delle mani diventò raggrinzita e simile a cuoio, specialmente nel bagno e nello spogliarsi. Nelle punture e nei tagli il sangue appariva appena, qualche volta era un succo biancastro. Forte bruciore alle palpebre, alle labbra, alla lingua, al palato, poi macchie e buchi nella pelle come fatti con uno stile rovente. Piccole macchiette rosse come nei vecchi. Poi in tutto il corpo uno stillare, come se il succo vitale si coagulasse e nelle articolazioni come un piombo rovente. Flusso bianco. Mestruazione irregolare, che mancava a lungo e quando tornava il sangue era più leggiero, come se non avesse alcuna sostanza coagulante. Dapprima frequente stimolo ad orinare, quindi molto più raro e defecazione soltanto dopo un enteroclisma. Più tardi forte odore di orina e di feci, e i piedi, per lo più freddi e raggrinziti e come morti, sudavano di quando in quando con lo stesso odore. Il pulsare del sangue e il forte battito crescevano, ma particolarmente angoscioso era infine un crepitio nella testa, come se qualche cosa si disseccasse; nelle orecchie un tic-tac come di un orologio, in modo che il giacere sul cuscino diventava un tormento. Il tremito alle mani ed alle braccia aumentava molto. Grande dimagramento della parte inferiore del corpo, depressione del torace. Nello star coricata il corpo caldo come il piombo. Diminuzione della luce degli occhi. Carne appassita. La pelle si stacca a piccoli pezzi. Qualche volta leggiero odore di bruciato alla pelle. Il sangue è così caldo, come se si

consumasse bollendo. Da qualche tempo il peso del corpo aumenta evidentemente, però tutto va nella carne e non nel sangue, poichè le vene vanno sempre più scomparendo. La carne dei gomiti duole, come se volesse staccarsi dalle ossa. Il polso radiale duro. Alle tempie la sensazione come se vi si posasse sopra una mano fredda. Indifferenza crescente. Nessuna attività nella pelle. Nel sudare le mani mostrano piccole squame simili a scheggie di vetro, ecc. ».

Si vede molto chiaramente che qui si tratta spesso di una semplice ipersensibilità di fronte alle percezioni deliranti di sensazioni reali provenienti dall'interno del corpo. Ciò appare chiaramente quando gli ammalati dicono di sentire che il cibo vada subito nelle vene, che tutta la mucosa sia mangiata, che i nervi si aprano, che manchi nel sangue il grasso, il midollo e l'albumina, che il corpo lavori internamente, che dei vermi succhino tutto dal corpo o striscino sotto la pelle.

Questa aumentata sensibilità per i fenomeni che hanno luogo nel proprio corpo forma un vivo contrasto con la diminuzione dell'eccitabilità centrale degli stati maniaci. Noi osserviamo qui una marcatissima insensibilita degli infermi verso il caldo e il freddo, la fame e la sete, i dolori e i traumi. Gli infermi rimangono esposti per più ore agli ardenti raggi del sole, si svestono malgrado il freddo invernale, dimenticano di bere e di mangiare, strappano senza riguardi le fasciature dalle loro ferite e maltrattano le parti ammalate del loro corpo e le loro membra spezzate senza esternare alcuna dolorabilità. Anche i timori pur anco giustificati per la salute e per la vita non sorgono negli ammalati, o se insorgono vengono senz'altro scacciati.

Le *idee deliranti* non sono rare nella psicosi maniaco-depressiva. Nell'eccitazione esse sogliono essere mutevoli e apparire in forma di scherzose millanterie ed esagerazioni; ma nel grave stupore si osservano anche rappresentazioni deliranti tenaci ed elaborate, idee di grandezza e di persecuzione, delirio di gelosia, timore di avvelenamento. Negli stati di depressione insorgono innanzi tutto le già indicate rappresentazioni ipocondriache e anche idee di peccato e di persecuzione. Tutte queste idee deliranti possono assumere forme stranissime, in modo da rassomigliare talvolta interamente a quelle della paralisi progressiva o della demenza senile; una delle tante prove questa che il contenuto delle idee deliranti, come la loro apparizione, non rende possibile alcuna conclusione sicura sulla natura di un processo morboso. Spesso gli ammalati comprendono i cangiamenti prodotti dalla malattia, però di regola essi non riferiscono l'eccitamento e la tristezza ad uno stato morboso, ma a cause esterne o interne, al loro destino, a trattamento non appropriato, ad errori.

L'*associazione delle idee* di questi infermi offre di regola importantissime e marcate alterazioni. Negli stati di eccitazione essi non sono in grado di seguire ordinatamente un corso di pensieri, ma saltano sempre da una serie di rappresentazioni ad un'altra per abbandonare poi subito anche questa. Essi danno dapprima forse una giusta risposta ad una domanda, ma vi collegano una quantità di osservazioni che hanno una lontana relazione o non ne hanno affatto con il punto di partenza. In conseguenza di queste continue frapposizioni ed interpolazioni, gli ammalati non sono in grado di raccontare isolatamente un avvenimento complicato, se non quando, per mezzo di ripetute interpolazioni e di domande intermedie, essi vengono ricondotti di nuovo sulla via incominciata. Il decorso rappresentativo non è perciò dominato, come negli individui sani, da una rappresentazione complessiva la quale permette al collegamento dei pensieri solo una determinata direzione e impedisce tutte le idee accessorie e casuali. Non le imagini e le idee relative al complesso del discorso, ma quelle favorite dalle comuni abitudini del pensiero acquistano perciò ogni momento il sopravvento. Ciò determina divagazioni da un oggetto ad altri simili e spesso solo ad essi lontanamente collegati, senza riguardo alla meta del corso originario dei pensieri. La coerenza delle idee viene quindi a mancare a poco a poco; insorge quella alterazione che noi abbiamo imparato a conoscere sotto il nome di *confusione con fuga delle idee*.

Non raramente in questi ammalati anche impressioni esterne, ed in ispecie quelle moleste, sogliono dare la spinta ad una nuova piega dello sfrenato corso del pensiero. Si è talvolta visto in ciò l'indizio di una aumentata sensibilità per le percezioni esterne. In realtà però è evidente che gli ammalati non osservano affatto attentamente, ma invece essi si curano assai poco di ciò che succede intorno a loro. Ma quando essi osservano qualche cosa, ciò non avviene senza reazione; essi traducono subito la loro percezione in parole e l'esprimono, poichè la attività estrinsecativa è in essi facilitata. Anche negli stati di depressione sembra qualche volta sussista una certa fuga di idee. Per l'osservatore però diventa chiara solo quando gli infermi esprimono rapidamente i loro pensieri, ciò che avviene soltanto quando vi sia contemporaneamente impulso al parlare, negli stati misti. Noi frattanto sentiamo non di rado infermi depressi lamentarsi che ad essi vengono in testa tutti i pensieri possibili, che nella loro mente vi è una grande confusione.

Il concetto qui esposto sta in una certa opposizione con l'opinione largamente diffusa, che nella mania il corso dei pensieri venga affrettato.

Si ammette generalmente che l'incoerenza con fuga delle idee e delle imagini nella mania, sia essenzialmente determinata dalla frammentazione dei pensieri, poichè questi si succedono più rapidamente di quanto gli organi della parola possano esprimerli. Ricerche più accurate mi hanno provato che tale opinione non soltanto non è dimostrabile, ma che essa è invece molto probabilmente erronea. È possibile dimostrare con la fuga delle idee ottenuta artificialmente a mezzo dell'alcool o della fatica fisica, che non esistono assolutamente fra le rappresentazioni intensamente collegate fra loro, pensieri associativi che non vengono espressi e che il processo di associazione è realmente di molto *rallentato*. È esatto all'incontro che singole rappresentazioni, appunto perchè non sostenute da salde idee finali, sono di brevissima durata e vengono rapidamente surrogate da altre. Le idee sono fugaci ma non incalzanti. « I miei pensieri sono così veloci che io non li posso trattenere » diceva una inferma. Questa espressione non ci indica un affrettamento del corso ideativo, ma la fugacità e la instabilità dei singoli anelli. In realtà anche l'osservazione dei maniaci eccitati c'insegna che essi non sono affatti ricchi di idee, ma solo di parole e si ripetono spesso in modo monotono. Anche gli scherzi occasionali di tali infermi sono quasi sempre semplici giuochi di parole prodotti dalla tendenza all'associazione per assonanza. Noi li incontriamo al pari della smania di parlare in lingue straniere e di un'altra serie di fenomeni analoghi nell'ebbrezza alcoolica, nella quale è stato possibile dimostrare con sicurezza la paralisi dell'attività dell'intelligenza. Malgrado ciò noi, in opposizione ai dati dei metodi di misurazione, urtiamo qui spesso nella illusione che si tratti di un aumento della capacità psichica. Esso è tanto poco dimostrabile quanto lo è l'idea, che viene risvegliata del benessore maniaco, di una particolare freschezza e salute psichica.

Lo stato opposto alla fuga delle idee sembra sia formato dall'*arresto ideativo* che noi osserviamo di regola, ora più ora meno marcato, nella depressione, ed anche in certi stati misti maniaco-stuporosi e nelle forme ad essi affini dell'eccitazione maniaca. Gli ammalati mostrano una incapacità, spesso anche da essi stessi risentita penosamente, a disporre a volontà delle proprie rappresentazioni. A quel che pare le singole idee si svolgono lentamente e solo dopo fortissimi incitamenti. In conseguenza di ciò uno stimolo non risveglia di per sè prontamente e facilmente una quantità di associazioni fra le quali si debba solo fare la scelta, ma il corso ideativo deve venir intessuto faticosamente con speciale sforzo di volontà. D'altra parte

le imagini già sviluppate non vengono scacciate dall'insorgere di una nuova serie di idee, ma impallidiscono lentamente e rimangono spesso con grande tenacia, in ispecie se hanno le loro radici nella disposizione emotiva. Da questi disturbi derivano una grande difficoltà o un grande ritardo del pensiero, insensatezza nel rispondere a domande semplici, povertà di idee. Tali infermi estrinsecano solo un numero limitatissimo di idee, anche se apparentemente non trovino alcun ostacolo all'espressione dei loro pensieri. Essi vengono abitualmente considerati come molto dementi, mentre il decorso ulteriore dimostra chiaramente che si trattava solo in tali casi di una difficoltà nell'attività del pensiero e non della distruzione del patrimonio ideativo.

L'*umore* nell'eccitamento maniaco è generalmente elevato. Gli ammalati sono contenti, si sentono bene, sono disposti a tutti gli scherzi ed a tutte le burle possibili, ridono, cantano, scherzano. L'espressione di questa disposizione d'animo nelle diverse tinte, dalla tranquilla serenità all'allegria sfrenata, è riprodotta nel gruppo di malati affetti da eccitazione maniaca, riprodotto nella tavola IX. Noi osserviamo nello stesso tempo una aumentata vivacità del tono sentimentale, e in conformità di ciò una accresciuta influenzabilità della disposizione emotiva, ciò che conduce a frequenti ed immediati cambiamenti di essa. In mezzo alla allegria sfrenata si hanno, per motivi minimi, scoppii di collera con insulti senza riguardi e tendenza ad atti violenti. D'altra parte l'umore si cambia con grande facilità in tristezza e in piagnucolamenti, per quanto solo transitoriamente. Ritengo che in questo fatto si manifesti la stretta affinità tra gli stati maniaci e quelli depressivi.

In questi ultimi l'umore è di solito fosco, cupo, disperato o angoscioso, per quanto vi siano singoli casi in cui accanto all'arresto non si riconosce chiaramente un colorito definito dello stato d'animo. Quello che gli ammalati risentono più penosamente è la diminuzione dell'accessibilità emotiva, la perdita dell'interesse intimo agli avvenimenti; una alterazione che essi dipingono nei modi più varii. In essi tutto è vuoto e deserto; tutto è ad essi indifferente, nulla li interessa più, tutto sembra loro « sciocco », la musica « suona come qualche cosa di straniero ». Essi hanno la sensazione di trovarsi al di fuori del mondo, non sentono nè la fame, nè la sazietà, nè la stanchezza, nè il ristoro del sonno, non hanno più alcun « bisogno » fisico. Una ammalata diceva che si irritava quando vedeva gli altri prendere interesse a qualche cosa. Anche nella depressione non raramente un sorriso vago o un improviso rasserenarsi indicano quanto facilmente l'umore si trasformi.

Il modo repentino con cui i lineamenti cascanti e preoccupati del viso acquistano nell'udire discorsi persuasivi la espressione di una allegria baldanzosa, è talvolta sorprendente. Negli stati misti e in quelli di passaggio noi vediamo da un lato stupore con tranquilla serenità, dall'altro un umore eccitato che si manifesta in un intollerabile borbottamento e in un continuo scontento.

Disturbi molto più marcati riguardanti la psicosi maniaco-depressiva si hanno nel campo psico-motorio. Negli stati d'eccitamento il quadro morboso è dominato dall'*impulso* all'attività. Ciò proviene da una generale facilitazione della trasformazione di eccitamenti centrali in movimenti. Vero è che gli esperimenti ci insegnano che la durata di reazioni semplici e di scelta e di regola prolungata, talvolta anche in grado notevole. Parecchie circostanze però tenderebbero a dimostrare che il prolungamento riguarda essenzialmente gli atti in rapporto con stimoli esterni, i quali inoltre sogliono venire percepiti imperfettamente. All'incontro sembra che ogni incitamento che sorge conduca subito all'azione, mentre l'individuo sano suole reprimere fin dal loro apparire innumerevoli moti impulsivi volitivi. Tale alterazione sembra affine, sino ad un certo grado, con quella che possiamo ottenere artificialmente con l'alcool; di qui la grande somiglianza di molti maniaci con individui leggermente o profondamente ubbriachi. Certo nell'ubbriachezza l'alterazione nel campo percettivo e ideativo suole apparire in modo relativamente più grave che in questi infermi; inoltre vi si manifestano presto i fenomeni della paralisi e dell'incertezza dei movimenti. L'impulso maniaco all'azione conduce naturalmente ad una irrequietezza più o meno pronunciata (furore). Nei gradi più leggeri si verifica solo una certa instabilità, una molteplice attività; un desiderio senza riposo d'intraprese continue. Nella eccitazione più grave questi incitamenti si succedono sempre più frequentemente e la coerenza della condotta si perde a poco a poco. L'ammalato non è più in grado di condurre realmente a fine un'idea qualsiasi, perchè vi si frammettono continuamente nuovi incitamenti che lo allontanano dalla meta originaria. Così infine la sua smania di agire può espandersi in una serie variopinta di azioni volitive sempre nuove, rapidamente mutevoli, che non mostrano più alcuno scopo comune, ma che vanno e vengono, come esse sono nate, nel momento. Però le singole azioni, contrariamente all'impulso al movimento dei catatonici, sono causate da rappresentazioni o da stati sentimentali per quanto fugaci; sono movimenti mimici, scherzi arditi, insulti, passatempi, dichiarazioni amorose e simili. Oltre allo stato di eccitamento

sussiste di regola nei nostri infermi un *aumento della eccitabilità*. Forse dobbiamo perfino considerare questa come l'essenziale fenomeno fondamentale. Spesso gli ammalati sono abbastanza tranquilli finchè si tengono lontani da essi, per quanto è possibile, gli stimoli esterni; una domanda, una visita, il gridare di un altro infermo, li conduce con straordinaria facilità ad un'eccitazione che aumenta rapidamente. Quanto più si lasciano parlare e gestire, tanto maggiore suol diventare l'impulso all'azione, fatto questo molto importante per il trattamento.

Malgrado l'elevatissima eccitazione motoria, che persiste talvolta con la massima intensità per settimane e anche per mesi solo con brevissime interruzioni, manca completamente all'infermo il *senso di stanchezza*. Egli non è mai stanco e spossato; l'eccessivo uso dei muscoli non produce alcuna sensazione spiacevole, in parte forse a causa dell'ottusità della sensibilità di cui abbiamo già parlato, ma specialmente per la aumentata facilità nella determinazione centrale dei movimenti. Basta al malato il minimo stimolo per provocare estese manifestazioni motrici, mentre l'individuo sano avrebbe bisogno di un lavorio centrale molto maggiore per raggiungere lo stesso fine. Ogni tentativo di simulazione di questo stato deve perciò necessariamente naufragare dopo breve tempo, a causa dell'impossibilità di vincere con il semplice sforzo di volontà il paralizzante senso di stanchezza, Questo fatto, insieme alla mancanza di riguardo con la quale gli infermi fanno uso delle loro membra, ha condotto al concetto erroneo che essi dispongano di forze fisiche straordinarie. All'incontro la capacità muscolare si mostra alle ricerche ergografiche notevolmente diminuita. I movimenti sono eseguiti più rapidamente che negli individui sani, specialmente quando una serie di essi si succede, e gli infermi cadono in un'eccitazione che aumenta rapidamente.

Un fenomeno parziale dell'impulso generale all'azione è lo *stimolo a parlare* che i malati hanno spesso in modo spiccato, poichè anche la trasformazione di rappresentazioni verbali in movimenti fonetici è morbosamente facilitata. Come noi abbiamo già esposto, questa circostanza appunto dovrebbe avere una certa parte nella configurazione speciale della fuga di idee dei maniaci. Le rappresentazioni verbali motrici facilmente stimolate acquistano una influenza sproporzionatamente intensa sul decorso ideativo, mentre i rapporti col contenuto delle idee divengono più lassi. Così accade che nei gradi più elevati della fuga delle idee, proprio come sotto l'influenza dell'alcool, certi modi di dire appresi, certe parole composte, o assonanze e rime prendono sempre più il posto dei legami sostanziali tra le idee. Guadagnano

sempre più il sopravvento specialmente le pure associazioni di assonanza, anche senza alcun senso, nelle quali è scomparsa ogni traccia di rapporto intimo tra le idee. Quale estensione possa acquistare questa alterazione ci è indicato dalla figura 22, nella quale secondo le ricerche di Aschaffenburg, è riprodotta la percentuale delle associazioni per assonanza in gruppi di 5 individui normali e maniaci. Le cifre per i normali oscillano qui fra 2 e 4 %; esse possono però in speciali disposizioni personali diventare molto più alte. Ma esse non raggiungono mai valori così elevati come nei maniaci, nei quali salgono da 32 a 100 %.

Nelle *espressioni verbali* dell'infermo si manifestano contemporaneamente la fuga delle idee e l'impulso al parlare. Egli non può tacere

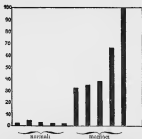



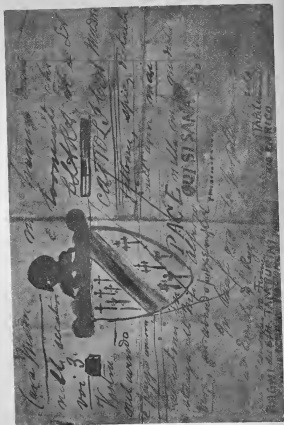
Fig. 22. — Frequenza delle associazioni di suoni nei normali e nei maniaci.

a lungo, chiacchiera e grida a voce alta, fa chiasso, rugge, canta a squarciagola, fischia, parla precipitosamente, accozza frasi incoerenti, parole, sillabe, predica con accento solenne e gesti appassionati, passando immediatamente da discorsi ampollosi ad altri umoristicamente commoventi, minacciosi, piagnucolosi, o terminando all'improvviso con un riso sfrenato. Talvolta si hanno modi di dire ricercati in modo assai originale, talora anche discorsi in una lingua inventata dal malato, formata in parte da sillabe senza senso e in parte da parole straniere accomodate e troncate. Un esempio di discorsi maniaci ci è fornito dal seguente scritto:

Noti esattamente, a me sembra tutto così grigio; l'orologio (tenuto davanti all'ammalata) indica il corso del tempo; il Signor N. ha approntato un cronometro. Il mio stomaco mi fa male, sempre hipp, hipp, hurrah! Geibel è stato il poeta, il

genio del tempo, été, l'estate deve venire, gli alberi rinverdiscono e tu non sei a casa, Rosellina, così bella; all'Haag nessuno però può venirmi a prendere. Les estrêmes se touchent; i tempi scorrono così parecchi anni e nessuno può venirmi a prendere. (All'infermiera). Tu carogna, tu sfacciata bestia puoi tu ridere perchè essa è di buona speranza, di rose parlato, perciò tu asino sei così grigio. Grigio, caro amico, è tutta teoria. Stelle, fiori, così volentieri. Viva il granduca. Vivi bene pollastrino » ecc.

L'incoerenza non è qui in alcun modo determinata da una traboccante ricchezza di pensiero, ma dalla mancanza di qualsiasi nucleo di idee centrali o terminali. Anche l'individuo normale può darci delle serie di idee del tutto simili se egli allenta le redini al suo pensiero ed esprime tutto quello che gli viene in mente. Certo nella mania queste espressioni sono notevolmente facilitate ed affrettate. In conseguenza di ciò ogni rappresentazione insorgente si converte subito in parole; l'ammalato dice tutto ciò che pensa. Ma siccome nel pensiero senza una meta le rappresentazioni si succedono le une alle altre tanto rapidamente che non è possibile rivestirle ed esprimerle con parole, i discorsi dell'ammalato sono precipitati, sebbene l'attività del pensiero sia piuttosto ritardata che affrettata.

Anche negli scritti di questi ammalati si manifesta la tendenza a far uso di parole straniere, a mescolare insieme lingue diverse (vedi figura a pag. 420). L'influenza del suono delle parole sulle serie delle rappresentazioni è qui, per motivi facili a comprendersi, molto minore che nel parlare, specialmente in quegli ammalati, in cui il linguaggio interiore non è costituito a prevalenza da impulsi verbali o da immagini fonetiche. Si giunge perciò spesso a quella serie di rappresentazioni omologhe, così esattamente descritte da Aschaffenburg, in cui la associazione per somiglianza esteriore o per consistenza prende il posto del regolare decorso ideativo. La deviabilità e l'aumento di eccitabilità sogliono manifestarsi col fatto che le prime parole o le prime linee sono per lo più scritte con coerenza, mentre il contenuto ulteriore è composto da una serie confusa di racconti, di reminiscenze, di frammenti di versi, di assonanze e di rime: e nel tempo stesso anche i tratti calligrafici diventano più grandi, più pretenziosi e più irregolari. Gli infermi non hanno più, scrivendo, alcun riguardo per chi legge, scrivono incrociando le righe, adornano in modo diverso i loro scritti; le parole sottolineate, i punti esclamativi, i ghirighori aumentano. Tutte queste alterazioni, quelle di contenuto come quelle formali, possono rilevarsi benissimo nello scritto qui allegato. Il numero degli scritti fornito dai maniaci è talvolta sorprendente; forse essi stessi non credono

che questi scritti vengano letti; sono spinti a scrivere solo dal piacere stesso di scrivere.

Negli stati di depressione della psicosi maniaco-depressiva, in luogo dell'impulso all'attività si ha precisamente lo stato opposto cioè l'*arresto psico-motorio.* La determinazione centrale delle azioni è qui difficoltata, anche fino all'impossibilità. I gradi più lievi del disturbo si manifestano nell'*incapacità a risolversi* degli ammalati. Gli stimoli insorgenti non raggiungono la forza di sorpassare gli intimi impedimenti che ad essi si oppongono: malgrado la coscienza lucida della necessità di agire, malgrado manchino veri motivi o argomenti in contrario, l'ammalato non è in grado di risolversi perfino allo azioni più semplici. Anche quello che viene finalmente incominciato, dopo tante esitazioni, viene interrotto ogni momento, poichè manca la pressione di una ferma risoluzione. Tutti i singoli movimenti che richiedono un impulso volitivo sono più o meno ritardati e vengono eseguiti senza energia. Azioni esteriori e specialmente eccitamenti emotivi possono però diminuire lo stato di arresto. In seguito a discorsi persuasivi, o nel pericolo, l'ammalato può ancora compiere azioni, che altrimenti gli sarebbero impossibili. Nelle forme più gravi, stuporose, ogni espressione volitiva dell'ammalato può mancare, in modo che egli non è più in grado di lasciare il suo letto o di soddisfare ai suoi bisogni.

L'arresto *volitivo* suole influenzare in grado molto diverso i singoli campi delle manifestazioni della volontà. Siccome è essenzialmente o esclusivamente difficoltata la determinazione delle risoluzioni volontarie, le azioni che si compiono per semplice abitudine, senza un intervento speciale della volontà, procedono spesso senza impedimenti, mentre l'arresto si mostra molto evidente in altri campi. Gli infermi sono in grado di vestirsi, di occuparsi senza difficoltà, ma indietreggiano spaventati dinanzi ad ogni risoluzione che richieda una decisione. I movimenti mimici, i quali debbono rispecchiare i moti dell'animo, sogliono essere particolarmente colpiti dall'arresto. Gli ammalati diventano taciturni, laconici, non possono più conversare, sebbene siano in istato di contare o di leggere ad alta voce con la consueta rapidità; essi rimangono seduti per ore intere davanti ad una lettera incominciata, senza poterla condurre a fine. L'alterazione però non raggiunge sempre lo stesso grado sia nel parlare che nello scrivere. Vi sono infermi che parlano correntemente, ma che, scrivendo, mettono appena insieme poche righe; altri, al contrario, scrivono lettere lunghe, appassionate, mentre ammutoliscono appena si voglia conversare con loro.

L'annessa tabella di curve lascia ben comprendere le caratteristiche delle alterazioni psico-motorie nella psicosi maniaco depressiva. Essa

dimostra le oscillazioni di pressione nello scrivere una progressiva serie di numeri, dall'1 al 10, quali possono ottenersi con l'aiuto di un pressiografo. I movimenti perpendicolari di una piccola piastra, ricondotta sempre da una molla nella sua posizione di equilibrio e sulla quale agiva la pressione della matita nello scrivere, venivano segnati su di un tamburo girante. Gli intervalli sulle linee orizzontali danno una idea del tempo trascorso nello scrivere; l'altezza delle curve all'incontro rappresenta in misura ingrandita la pressione esercitata in ogni momento sul sostegno. Fra le singole curve si trovano immagini fedeli dei tratti di scrittura forniti durante gli esperimenti. La figura A, appartiene ad un soggetto normale. Nel primo e ancora meglio nel secondo 1 si riconosce la diminuzione di pressione nel movimento per tornare indietro, come pure l'aumento nel tratto principale; anche nello 0 corrisponde alla curva una piccola oscillazione della pressione. Le punte alla fine delle curve derivano da ulteriori vibrazioni della penna nel rapido sollevamento dell'asta. La figura C. ci fu fornita da una maniaca. L'eccitazione psico-motoria si manifesta qui già nel modo di scrivere poderoso e pretenzioso. La pressione è notevolmente aumentata e così pure la rapidità nello scrivere, se noi teniamo conto delle diverse lunghezze degli spazii riempiti dallo scritto. Nel secondo 1 tanto la pressione come la celerità sono notevolmente aumentate, fenomeno questo che si riscontra anche negli individui sani, ma in misura molto minore. Siccome esso ci indica la crescente facilità dell'azione durante il lavoro, può essere riguardato come l'espressione della aumentata eccitabilità psico-motoria. L'abbondanza rapidamente crescente nel corso dello scrivere delle oscillazioni consecutive dimostra la maggiore rapidità delle oscillazioni di pressione durante gli impetuosi movimenti dello scrivere (v. fig. 23 a pag. 423).

Una immagine completamente diversa ci è offerta dalla figura B, che ottenemmo da una ammalata in istato di depressione. Lo singole lettere sono piccolissime; malgrado ciò esse richiesero, per essere compiute, un tempo assai più lungo di quelle della figura A; il movimento era dunque molto rallentato. Inoltre la pressione è straordinariamente lieve; essa non raggiunge ancora 50 g. e presenta oscillazioni assai poco marcate. Mancano completamente le oscillazioni consecutive. La pressione nello scrivere non cessò dunque improvvisamente, ma a poco a poco. Del resto dobbiamo qui anche notare un aumento minimo della celerità nel secondo 1. Mentre nei maniaci abbiamo dunque trovato movimenti violenti ed affrettati con aumento rapido e considerevole dell'eccitabilità, qui incontriamo un lento oscillare, una pressione con-

secutiva minima ed un considerevole rallentamento nello scrivere: segni che indicano chiaramente l'esistenza di un arresto psicomotorio.

A.
B.
C.
D.

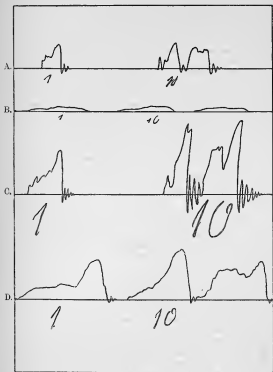



Fig. 23. — Curve di pressione nella scrittura di infermi di psicosi maniaco-depressiva

Ma i due stati da noi qui distinti della attività volontaria, sono difficilmente così in contrapposizione, come essi possono apparire al

primo sguardo. Per lo meno noi li vediamo abbastanza spesso trasformarsi immediatamente l'uno nell'altro nel decorso della malattia. L'arresto e la facilitazione degli stimoli volitivi debbono dunque essere forme di fenomeni molto affini di una alterazione fondamentale comune. Ciò appare anche piu chiaramente quando noi consideriamo che i segni di ambedue le alterazioni non raramente si *mescolano insieme*. Dovremo piu tardi osservare più esattamente le forme cliniche speciali di questa mescolanza. Io qui indicherò solo la figura D della tabella delle curve, la quale fu scritta dalla stessa ammalata della figura C. Solo l'inferma si trovava allora in uno stato nel quale, benchè esistesse una grave mania, pure l'impulso all'azione era scomparso completamente per parecchi giorni. La curva di pressione dello scritto ci mostra, oltre ai tratti divenuti più piccoli, una lieve diminuzione della pressione, un lento salire e discendere della curva, e un considerevole rallentamento nello scrivere; cioè una particolare mescolanza di fenomeni che si riscontrano sia nell'eccitazione maniaca, sia nell'arresto.

Però noi non troviamo dappertutto cambiamenti così marcati delle linee di pressione durante lo scrivere. Specialmente le ricerche compiute in misura più larga negli stati di depressione ci hanno dimostrato che si verificano le più svariate gradazioni, dalle forme della fig. B, a quelle pressochè normali. La forza, la celerità e l'estensione dei movimenti nello scrivere, possono essere essenzialmente inalterate, mentre gli infermi offrono chiaramente altri segni di un arresto volitivo. Non possiamo per ora stabilire se le gravi alterazioni nello scrivere siano particolari a stati caratteristici, oppure se dipendano dal contenuto dello scritto o dalla maggiore e minore intensità degli stimoli volitivi sulla produzione dei movimenti della scrittura nei singoli individui.

Come l'osservazione dei sintomi morbosi generali già insegna, noi dobbiamo anzitutto distinguere nella psicosi maniaco-depressiva due grandi gruppi di stati morbosi: gli *stati maniaci* e gli *stati depressivi*. A questi si aggiungano, come terza forma, gli *stati misti*, troppo poco studiati finora, i quali offrono nello stesso tempo singoli fenomeni dell'eccitazione maniaca e dell'arresto. Appunto l'esistenza di questi stati misti ci dimostra che le forme maniache e quelle depressive si confondono le une con le altre senza limiti determinati; malgrado ciò, a scopo didattico, sarà raccomandabile di descrivere separatamente questi due gruppi di quadri morbosi, sulla base dei casi più frequentemente osservati.

Stati maniaci. Le forme più *leggiere* dell'eccitazione maniaca sogliono venir chiamate « ipomania », *Mania mitis, mitissima* e anche,

per quanto non giustamente, *Mania sine delirio*. I francesi hanno parlato di una « *folie raisonnante* », di una pazzia senza alterazione dell'intelligenza. Infatti la coscienza, la capacità di percezione, la memoria degli infermi, non sembrano in generale alterate. L'eccitabilità psichica, la mobilità dell'attenzione sono non di rado anzi aumentate; gli ammalati possono apparire più svegliati, più perspicaci, più capaci di prima alle azioni. Ciò che non di rado sorprende chi ascolta è specialmente la prontezza nell'afferrare somiglianze lontane, poiche essa permette all'infermo giri di parole e idee spiritose, giuochi di parole, paragoni sorprendenti, per quanto questi ad una più attenta osservazione non reggano seriamente, ed altre analoghe produzioni della attività immaginativa. Anche nei gradi più leggieri di questa alterazione sono straordinariamente notevoli la *mancanza di un'unità intima del decorso ideativo*, la incapacità all'esposizione consecutiva di una determinata serie di pensieri, all'elaborazione e all'ordinamento tranquillo e logico di date idee, la instabilità dell'interessamento, l'improvviso e immediato passaggio da un oggetto ad un altro. Certo gli infermi non di rado sanno con uno sforzo vincere temporaneamente questi fenomeni e riacquistare per qualche tempo la padronanza sul corso delle loro rappresentazioni ormai senza freno; però nei brani scritti e specialmente nelle rime, spesso composte con tanta foga, suole, di regola, manifestarsi chiaramente una leggera fuga delle idee. Temporaneamente anche queste forme leggere possono del resto presentare forte eccitazione e confusione.

Il ricordo degli avvenimenti più recenti non è sempre fedele, anzi esso viene spesso colorito e completato da aggiunte di propria invenzione. L'infermo nei suoi racconti si lascia facilmente trasportare ad esagerazioni e cambiamenti derivanti in parte da false percezioni, in parte dall'aver dato più tardi un'interpretazione diversa, senza che egli stesso sia cosciente di questo suo procedere arbitrario. Sebbene manchino, dunque, vere idee deliranti, noi riscontriamo però di regola un apprezzamento di sè stesso altamente esagerato. L'infermo vanta le sue opere e le sue capacità, fa pompa dell'amicizia di persone ragguardevoli, è capace di tutto meglio che gli altri, critica le azioni altrui con aristocratico disprezzo, e pretende speciali riguardi per la sua persona. Naturalmente manca ogni senso di riconoscimento della malattia; neanche se si rammentano al malato attacchi precedenti, di cui egli forse si rendeva un giusto conto nei momenti di tristezza, non è possibile convincerlo, sia pure per un istante, della natura patologica del suo stato.

Egli si sente all'incontro più sano e più capace di agire che mai; tutto al più un poco eccitato dal trattamento indegno. Egli riguarda la

limitazione della sua libertà come un cattivo scherzo o come una mortificazione imperdonabile, che egli attribuisce a intrighi dei suoi parenti o di persone a lui ostili, per l'allontanamento e per la punizione dei quali egli minaccia di ricorrere a mezzi legali. Non di rado egli crede che gli ammalati di mente siano invece quelli che non sanno onorare la sua superiorità intellettuale, il suo talento e cercano di irritarlo con motteggi irritanti. Questo contegno ricorda l'osservazione che si è avuto tanto spesso occasione di fare riguardo alle auto-allucinazioni degli ubbriachi.

L'*umore* dell'ammalato è prevalentemente elevato, sereno, influenzato dal sentimento dell'aumentata capacità ad agire. Egli è di un inalterabile buon umore, si sente allegro e felice, non raramente in modo esaltato, si vede circondato da care e nobili persone, trova una completa soddisfazione nelle gioie dell'amicizia, dell'arte, dell'umanità. Talvolta si sviluppa un tratto marcatamente umoristico: la tendenza a trovare il lato burlesco di tutte le cose e di tutti gli avvenimenti, a escogitare soprannomi, a prendersi allegramente giuoco di sè stesso e degli altri. Per lo più appaiono in prima linea i bisogni e i desiderii della propria persona. D'altra parte esiste di regola una grande eccitabilità emotiva. L'ammalato è scontento, intollerante, brontolone, specialmente verso i suoi più intimi, dovunque egli si trovi; egli non ha più riguardi, diventa sprezzante, e perfino rozzo appena trova resistenza ai suoi desideri ed alle sue inclinazioni; minime cause esterne possono determinare impetuosi scoppi di collera con gravi insulti e tendenza ad atti violenti. L'intimo carattere dell'infermo è perduto; egli si lascia dominare completamente da impressioni e da emozioni momentanee, le quali acquistano subito un potere irresistibile sulla sua volontà ormai senza guida. Le sue azioni sono quindi impulsive, irriflessive e, a causa della lieve alterazione dell'intelligenza, immorali.

Quello che maggiormente colpisce è l'*aumentata tendenza all'attività*. L'infermo sente il bisogno di essere espansivo, di mettersi in viva corrispondenza con le persone del suo ambiente, di rappresentare una parte. Siccome egli non conosce stanchezza, non sopporta di restare a lungo in letto, si alza prestissimo, già alle 4 del mattino, mette in ordine tutti i ripostigli, sbriga gli affari rimasti, intraprende passeggiate mattutine, gite. Comincia a prender parte a conversazioni e a divertimenti, scrive molte e lunghe lettere, tiene un diario, compone e suona musica, visita conoscenti lontani, si occupa di tutte le cose e di tutti gli affari possibili che prima erano a lui del tutto indifferenti. Suole rendersi specialmente evidente la tendenza a scriver versi

e lettere. Un semplice contadino stampò a sue spese in rime le sue idee maniacali; una signorina al suo uscire dall'Istituto redasse un testamento umoristico in versi burleschi e lo fece stampare. L'infermo intreccia numerose relazioni, paga improvvisamente e senza necessità tutti i suoi debiti di commercio, fa regali magnifici, fabbrica ogni sorta di castelli in aria e si getta con subitaneo entusiasmo in intraprese ardite, assai superiori alle sue forze. Egli fa stampare 16000 cartoline illustrate con vedute del suo paesello, cerca di adottare un ragazzo negro. Un infermo si offerse ad un tratto di consegnare subito alla polizia un condannato politico che da lungo tempo veniva ricercato; imprestò in modo scherzevole all'impiegato una uniforme fantastica, invitò a mezzo del giornale « l'intera *haute volée* » ad un ballo in una casina di campagna.

La vera capacità al lavoro dell'infermo è però in tali casi notevolmente diminuita. Il maniaco non è più perseverante, lascia a metà quanto ha incominciato, si mostra negligente e trascurato nell'esecuzione e fa solo quello che gli piace. Seguendo il capriccio dal momento, egli intraprende viaggi non necessari, gira di qua e di là, fa spese e scambi inutili anche senza un centesimo in tasca, giacchè ogni oggetto nuovo eccita i suoi desiderii. In questa smania morbosa di possesso talvolta non ripugna all'infermo neanche il compiere qualche furto e qualche soperchieria, pur di conseguire quanto desidera.

Nel *contegno esterno* dell'ammalato si nota di solito non solo un elevato concetto di sè, e la smania di farsi innanzi, ma anche la irrequietezza e la instabilità. Contrariamente alle sue abitudini precedenti, egli si veste all'ultima moda, sebbene forse con trascuranza, porta fiori all'occhiello, si inonda di profumi. La calligrafia è grossa e pretenziosa; con molti punti esclamativi e interrogativi, parole sottolineate, poco curata la forma esterna. L'ammalato interviene in tutti i discorsi, si fa innanzi in ogni occasione, declama pubblicamente, sottoscrive per larghe contribuzioni nelle collette, cerca di attirare su di sè gli occhi di tutti, di far impressione; parla molto e volentieri, diffusamente, a voce alta, con gesti vivaci, con accento speciale ed espressioni ricercate, parla spesso di sè in terza persona per darsi una certa importanza; giunge a delle spiccate ostentazioni e a fanfaronate. Egli si comporta con eccessiva disinvoltura, manca alle regole della convenienza e della morale, prende parte malgrado il lutto stretto a divertimenti rumorosi, racconta ardite spiritosaggini in conversazioni di signore, si permette, con allegra tracotanza, confidenze sconvenienti con estranei o con persone altolocate, stringe amicizia col primo venuto e gli dà

del tu, si mette in disaccordo con le persone che lo circondano e con l'ordine pubblico, seguendo i suoi capricci del momento, che lo conducono ad ogni sorta di atti insolenti, irriflessivi e sconvenienti.

In questo stato suole fatalmente sopravvenire la tendenza alla sregolatezza. Egli comincia ad ubbriacarsi di frequente; a giuocare insensatamente, a passar fuori di casa le notti, a recarsi in bordelli e case dubbie, a fumare e a prender tabacco senza moderazione, a mangiare pietanze ricche di droghe. Un padre di famiglia anziano che conduceva prima una vita molto ritirata, cominciò a bere *champagne* con le cavallerizze di un circo. Nelle donne si presentano spesso vivi desiderii sessuali, che sogliono manifestarsi specialmente col portare abiti vistosi, con pettinature artificiose, con una condotta leggera, con cortesie equivoche, con tendenza a frequentare balli, ad occuparsi di cose frivole, a stringere relazioni amorose, a leggere romanzi osceni. Una delle mie inferme faceva regolarmente, quando era in questo stato, domande di matrimonio, che infine ebbero l'effetto di farle sposare realmente, con l'aiuto di un mediatore, un individuo poco degno di fiducia. Una signora maritata concepiva ad ogni attacco maniaco una ardente passione per uno qualunque degli uomini del suo ambiente; infine s'invaghì di un giovane che aveva 30 anni meno di lei ed era molto inferiore a lei sotto ogni rapporto e malgrado egli cercasse schivarla, lo ricolmò delle più infuocate dichiarazioni amorose. Fidanzamenti incomprensibili ed anche gravidanze non sono rare in questo stato; io conosco casi, nei quali il presentarsi dell'eccitazione si manifestò con un fidanzamento improvviso.

L'ammalato sa giustificare tutte le sue azioni insensate o che danno nell'occhio, con straordinaria sottigliezza; non è mai imbarazzato per trovare un motivo che le scusi o le spieghi. Perciò le premure dei parenti per calmarlo non solo rimangono infruttose, ma irritano invece l'infermo e lo spingono facilmente ad impetuosi scoppii di collera e anche ad azioni violente. Nell'Istituto egli insiste, per lo più fin dal primo giorno, per essere congedato, dice essere i suoi impeti causati esclusivamente dalla ingiusta privazione della sua libertà, chiede di esser visitato da altri medici. Uno dei miei infermi seppe a furia di brontolare ottenere da sua moglie di essere trasportato, contro il mio consiglio, in un altro Istituto, ma nel breve viaggio volle essere lui a dirigere; condusse con sè la moglie e si recò a Berlino per farsi esaminare da un medico che aveva acquistato una certa fama, perchè dichiarava normali gli ammalati di mente. Altri compongono scritti nei quali si riscontra fuga di idee, irrequietezza, esuberanza, oppure

sono scritti umoristici nei quali gli infermi espongono le circostanze di famiglia, chiedono dichiarazioni di buona salute e invocano la protezione dell'opinione pubblica.

La varietà di questo quadro morboso nei singoli casi è molto grande, malgrado tutti i caratteri comuni esistenti. Quanto più facilmente il processo morboso lede l'individuo, tanto più debbono prevalere le particolarità personali nel quadro dei fenomeni patologici. Le differenze si notano sopratutto nella specie e nella veemenza dei moti dell'animo. Mentre alcuni infermi sono in questo tempo amabili, buoni, docili e trattabili e tutto al più disturbano chi li circonda solo con la irrequietezza, altri a causa della loro eccitabilità, della loro smania di signoreggiare, del loro impulso all'azione privo di riguardo, diventano estremamente pesanti e spiacevoli. Appunto l'originale miscuglio di riflessione e di azioni impetuose, e molto anche la pratica dell'Istituto rende loro facilissimo inventare mezzi per soddisfare i loro numerosi desiderii, per ingannare le persone che li circondano, per procurarsi ogni sorta di vantaggi e impadronirsi di ciò che appartiene ad altri. Essi sogliono dominare completamente gli altri infermi, derubarli, fare al medico artificiosi rapporti sul conto di essi, tenerli sotto la propria tutela e il proprio dominio.

Dalle forme più lievi di mania qui descritte, innumerevoli gradazioni conducono a poco a poco al quadro morboso della mania tipica. L'inizio della malattia è di regola abbastanza improvviso; al massimo si hanno qualche giorno o qualche settimana prima dello scoppio fenomeni violenti, dolori di capo, fiacchezza, svogliatezza al lavoro, quando l'inizio non si è manifestato con uno spiccato stato depressivo. Gli ammalati diventano rapidamente inquieti, eccitabili, incoerenti nei loro discorsi, violenti, chiassosi, in modo che dopo pochi giorni diventa necessario il trasporto all'Istituto. Qui essi si mostrano ragionevoli e quasi orientati, ma straordinariamente deviabili nelle loro percezioni e nel corso delle idee. Comprendono domande fatte insistentemente, dànno anche alcune risposte esatte, ma si lasciano influenzare da ogni nuova impressione, divagano facilmente, in breve mostrano una fuga delle idee più o meno sviluppata, come abbiamo già descritto antecedentemente.

L'*umore* è sfrenato, allegro, baldanzoso, ma spesso anche eccitabile, collerico e si cambia all'occasione in pianto dirotto e in lamenti. Nel campo motorio persistono viva inquietezza ed eccitazione. L'ammalato non può rimanere a lungo seduto o coricato, gira intorno, salta, corre, balla, si rotola per terra. Egli chiacchera incessantemente, canta,

gorgheggia, emette grida di giubilo, ricopre innumerevoli fogli di una calligrafia marcata e spedita; gesticola con vivacità, batte le mani, fa boccacce, unge e stropiccia il pavimento, le pareti, le finestre, fa fracasso e batte il tamburo sulle porte, si spoglia, straccia le sue vesti, la biancheria del suo letto e ne adopera i pezzi, cento volte annodati e intrecciati, per acconciature stravaganti. Egli scompone nelle loro parti tutti gli oggetti ai quali può giungere, per formarne poi nuove costruzioni di specie diversa, a seconda del capriccio del momento. I bottoni vengono storti, le tasche strappate, i vestiti rivoltati, i pantaloni ficcati nelle calze, i lembi delle camicie annodati insieme, anelli fatti di avanzi di filo o bottoni rotti di camicie infilati per forza alle dita. L'infermo raccoglie tutto quello che gli cade sotto mano, pietre, pezzettini di legno, di vetro, chiodi per graffiare le pareti, i mobili, le finestre e coprirli per dritto e per traverso di disegni o di parole. Non di rado, in mancanza di altri mezzi, si serve anche dei propri escrementi. Resti di sigari e foglie secche vengono fumati avvolti in carta, pezzetti di carta vengono adoperati per scrivere, chiodi por riempire la pipa, rottami per farne punte di matite; altri oggetti trovati servono come mezzi di scambio, per ottenere piccoli vantaggi dagli altri infermi. Talvolta viene anche messa ogni sorta di roba nel naso o negli orecchi, viene perforato con zolfanelli o pezzetti di fil di ferro il lobulo dell'orecchio, adoperate cenere e polvere per tabacco da naso, abbruciata in parte la barba con il sigaro. Con altri infermi il maniaco litiga spesso a causa della sua smania di dominare e della sua mancanza di riguardo; egli toglie loro quel che più gli piace. L'aumento dell'eccitabilità emotiva conduce per cause minime a scoppi di collera straordinariamente violenti, a veri flutti di insulti e di ruggiti, a minaccie pericolose, a distruzioni cieche od assalti. Le femmine sono inclinate a questi scoppi molto più dei maschi. L'eccitazione sessuale si rivela con discorsi impudichi, con l'avvicinarsi ad infermi giovani, con vergognosi onanismi, e nel sesso femminile, col dar del tu ai medici, con lo sciogliere i capelli, con unzioni di saliva, col frequente sputacchiare, con l'insultare, con espressioni sconvenienti, come con sospetti sessuali sul personale assistente.

In una intera serie di casi la mania furiosa si unisce transitoriamente o durevolmente con una completa *confusione*. Gli infermi percepiscono solo in modo frammentario quello che accade intorno ad essi, non sanno più dove si trovano, chiaccherano incoerentemente ed incomprensibilmente, talvolta in una lingua da essi stessi inventata. Spesso si osserva l'insorgere di accentuati *disturbi psico-sensoriali*

e di *idee deliranti*, di grandezza o di persecuzione. Alla parete appare una testa di morto, « bachi da seta scintillanti »; gli infermi vedono serpenti e cadaveri, il diavolo, anime purganti, teste di spiriti, visi di angeli, la Madre di Dio; sul letto vengono proiettate immagini, dalla finestra vengono fatti segnali colorati. Le persone del loro ambiente sono completamente mutate, vengono credute vecchi conoscenti, il principe Enrico, il granduca di Lussemburgo, anche grandi uomini storici, Luigi XIV, Cesare, Elisabetta. Una delle mie inferme con accessi numerosi e sempre uguali, chiamava ciò il suo « delirio storico ». Per lo più i nomi deliranti scelti una volta rimangono immutati durante l'intero decorso della malattia. Oltre a ciò gli ammalati scoprono l'impronta dell'Austria e della Germania in una vecchia bolletta; le lettere del loro nome indicano discendenza reale; le rondini volano precisamente dove essi accennano con la mano. Essi hanno forze soprannaturali, idee divine, sono una specie di Redentore, la seconda sposa di Cristo, Giuseppe d'Arimatea; vengono protetti da spiriti celesti, sono Dio Onnipotente. Altri sono di nobile famiglia, ufficiali degli Ussari, la regina d'Inghilterra, conduttore di battaglie, generale, imperatore e Papa Leone XIII. Il malato ha creato monti, fabbricato città, possiede l'intero Istituto, tazze di diamanti, riceve una corona d'oro, il giardino del Paradiso, dichiara guerra all'imperatore. L'intero esercito tedesco gli appartiene; egli deve scacciare gli spiriti maligni, guidare un reggimento, è perseguitato a causa della sua fede; tutto si confonde, il mondo rovina.

Tutte queste idee deliranti che si arricchiscono ancora di ogni sorta di racconti favolosi e di avvenimenti grandiosi e notevoli, sogliono essere transitorie e cambiare spesso; esse sovente sono espresse ridendo, come idee momentanee e non vengono elaborate ulteriormente. Di tempo in tempo avviene però che alcune rappresentazioni vengano ritenute a lungo senza alterazioni e con passione. Non di rado esiste il senso di malattia; gli ammalati dicono di essere « pazzi », di non poter mantenere uniti i loro pensieri.

Un ulteriore e molto più raro quadro morboso, che decorre in forma delirante, deve essere attribuito solo con una certa riserva alla psicosi maniaco-depressiva. Esso è caratterizzato dal rapido sviluppo di *un offuscamento profondo sognante della coscienza, con numerosi disturbi psico-sensoriali e confuse idee deliranti*. L'accesso comincia per solito improvvisamente; solo 1 o 2 giorni prima, più raramente alcune settimane innanzi, si notano insonnia, irrequietezza, od umore

angoscioso. La coscienza si offusca rapidamente; gli infermi diventano gravemente depressi, confusi, non riconoscono più il loro ambiente e perdono completamente l'orientamento riguardo al tempo e al luogo. Insorgono subito numerosi disturbi psico-sensoriali. Tutto è mutato; brucia; uccelli volano per l'aria, angeli appariscono, spiriti buttano serpenti sul viso degli infermi, sulle pareti fuggono ombre. Si odono rintocchi di campane, colpi d'arma da fuoco, rumore di acqua; la voce di Dio annunzia il giudizio universale, la redenzione da tutti i peccati. Il caffè puzza di morti, le mani sono come imputridite; il cibo ha sapore di carne di capra o umana, l'acqua, di zolfo. Il capo è preso da vertigini, è pieno di bruciore febbrile; gli ammalati credono di venir sollevati o gettati in un abisso; tutto precipita intorno ad essi. Contemporaneamente si sviluppano idee deliranti staccate, sognanti: sovrasta una orribile disgrazia; il diavolo viene; l'infermo deve morire, esporsi a lotte spaventose; deve essere avvelenato, è perduto, maledetto, imputridito, solo al mondo. Tutto è distrutto; tutti i parenti sono morti. Egli ha vinto il gran premio, è proclamato imperatore, è l'eroe promesso che deve redimere il mondo. Il regno dei mille anni è spuntato, si combatte la grande battaglia contro l'Anticristo. L'*umore*, durante questo delirio, è molto instabile; ora angosciosamente disperato (« pensieri di morte »), ora piagnucolosamente spaventato; ora insensibile e indifferente. In principio gl'infermi offrono spesso i caratteri del più insensato furore, chiaccherano, gridano, ballano intorno, si rotolano a terra, si spogliano; fanno resistenza, distruggono, perdono le feci, si ungono, fanno impulsivi tentativi di suicidio, diventano violenti senza alcun riguardo. Non è possibile fissare la loro attenzione, non dànno alcuna spiegazione, pregano, insultano, domandano perdono; i loro discorsi incomprensibili, balbettanti, mostrano in alto grado la fuga delle idee e la deviabilità. Improvvisamente diventano tranquilli, però non hanno idee chiare, ma sono invece smemorati, confusi, finchè l'eccitazione ricomincia con la stessa rapidità. Nei primi tempi suole persistere insonnia quasi completa. Spesso il cibo viene rifiutato e la nutrizione deperisce rapidamente. Non di rado il capo appare fortemente arrossato; i riflessi sono vivaci; talvolta si osserva un tremore evidente in tutto il corpo senza che vi sia una base alcoolica.

L'accesso si mantiene di regola all'acme solo brevissimo tempo. Dopo alcuni giorni, al più dopo 3-4 settimane, suole subentrare abbastanza rapidamente la calma. In singoli casi tutti i fenomeni morbosi scompaiono da un giorno all'altro, ma in genere ciò avviene più gradatamente. Singole allucinazioni, residui di idee deliranti e special-

mente anomalie dell'umore seguitano a persistere ancora per un breve tempo, dopo che l'eccitazione e la confusione sono scomparse. Gli ammalati sono da prima ancora diffidenti, ma non perspicaci; insoddisfatti, eccitabili; presentano anche leggera fuga di idee, specie nello scrivere: sono loquaci o renitenti a parlare, vogliono uscire, finchè poi nel corso di alcune settimane anche questi fenomeni morbosi svaniscono poco a poco. Il ricordo del tempo del delirio è per lo più poco chiaro; spesso sussiste perfino una quasi completa amnesia. È fuori dubbio che tali accessi sopravvengano nella psicosi maniaco depressiva; pure il riconoscimento e la delimitazione di essi sono talvolta un po' difficili.

I fenomeni *somatici* degli stati maniaci sono differenti, a seconda della forma speciale di questi. Nelle forme con forte eccitazione il sonno è sempre molto turbato, talvolta sussiste perfino insonnia quasi completa o interrotta solo per poche ore, e che può durare settimane e anche mesi. Anche nei leggeri stati di eccitazione gli ammalati vanno tardi a riposare e sono desti la mattina prestissimo, ma sembra che dormano in modo straordinariamente profondo. Il *desiderio* di *mangiare* è spesso aumentato, ma i pasti sono irregolari in seguito alla fretta e alla irrequietudine. Il *peso del corpo* nella mania di alto grado diminuisce sempre notevolmente, mentre per lo più aumenta negli accessi ipomaniaci. Corrispondentemente a ciò la cute si fa in questi ultimi casi colorita e tesa, i movimenti diventano elastici e vigorosi; i capelli ricrescono, perfino con pigmento ringiovanito. Nella eccitazione grave la temperatura è talvolta aumentata la respirazione accelerata. Spesso si hanno deliqui e attacchi convulsivi, per lo più a tipo isterico. I riflessi sogliono essere aumentati. Particolarmente marcate sono spesso le alterazioni degli organi circolatori. L'attività cardiaca è rinforzata, il polso generalmente accelerato, di frequente aumentato, la pressione sanguigna diminuita, secondo i dati di Pilcz, di circa 27 mm. in media: la tensione vasale scemata. In conseguenza di ciò i vasi si allargano facilmente ed estesamente ad ogni pulsazione cardiaca; ne risulta che il polso è costituito da una linea rapida, appuntita, che cade rapidamente e mostra una evidente onda di rimbalzo. Talvolta si manifestano bollori alla testa, rossore al viso, congiuntive iniettate, abbondante sudore alla fronte, estremità fredde. Parecchie volte io vidi, in seguito al continuo gridare, forte dilatazione e serpeggiamento delle vene superficiali del collo. Nell'orina Mendel trovò una marcata diminuzione nell'emissione dei fosfati, Guérin e Aimé riscontrarono un aumento di calcio e di magnesia. La quantità dell'orina è aumentata; in alcuni casi si riscontra diabete insipido. Pilcz pote

negli stati di depressione constatare spesso la presenza di svariati componenti anormali dell'orina, acetone, acido diacetico, indacano, albumose, i quali ricomparivano negli accessi degli stessi ammalati, ma non mostravano alcun determinato rapporto con lo stato dell'umore.

Il *decorso* dell'accesso maniaco è molto vario. L'acme dei fenomeni morbosi viene raggiunto di regola abbastanza rapidamente, talvolta nello spazio di pochi giorni. Da allora in poi la guarigione può avverarsi con uguale rapidità, ma ciò accade per lo più nelle forme deliranti e molto più raramente nella mania tipica. Di regola l'eccitamento maniaco si mantiene per qualche tempo presso a poco alla stessa intensità, per quanto sempre con molte oscillazioni. Sono frequentissimi i momenti di umore triste e anche di stupore transitorio, fenomeno che ci permette di comprendere le forme miste che discuteremo più tardi. La calma definitiva ha luogo a poco a poco dopo una certa durata della malattia, mentre i miglioramenti diventano sempre più evidenti. Gli infermi si rendono perfettamente conto dell'ambiente, sono più attenti, ma ricadono molto facilmente nella fuga di idee. Anche quando i disturbi più violenti sono svaniti, suole persistere per qualche tempo una aumentata eccitabilità emotiva, un elevato sentimento di sè, come pure una certa instabilità. Improvvisi e inattesi scoppii di collera in seguito a minimi motivi possono manifestarsi anche dopo che, già da lungo tempo, è subentrata apparentemente una calma completa, e particolarmente negli accessi successivi che decorrono spesso subdolamente. Spesso si vede l'eccitazione maniaca, in apparenza completamente svanita, risvegliarsi quando gli ammalati si trovano in condizioni sfavorevoli o quando cominciano a bere.

Anche la *durata* dell'eccitazione maniaca è soggetta a grandi oscillazioni. Mentre qualche volta gli accessi decorrono nello spazio di poche settimane e anche di pochi giorni, nell'immensa maggioranza dei casi decorrono nel periodo di molti mesi. Sono anche molto frequenti dei casi con una durata di 2-3 anni; alcuni possono durare anche più a lungo. Segnatamente le forme con idee deliranti varie e con eccitazione moderata, che aumenta solo di tempo in tempo, sembrano avere di preferenza un decorso lunghissimo. In alcuni casi di durata molto lunga, per il comportamento del peso del corpo e delle altre manifestazioni, ho avuto l'impressione che si tratti di parecchi accessi, i quali si susseguono immediatamente l'uno all'altro.

Molto frequentemente con la scomparsa dell'eccitazione maniaca si manifesta uno stato più o meno spiccato di debolezza e di scoraggiamento, che viene di solito considerato come esaurimento dopo la

grave malattia, mentre io propendo a vedere in ciò semplicemente il cambiamento in uno stato di depressione, caratteristico di questa malattia. Gli infermi si stancano con estrema facilità, sono incapaci di ogni sforzo intellettuale o fisico, sono per lo più abbattuti, preoccupati per il loro avvenire, laconici, tardi, irresoluti. Nell'ulteriore decorso queste alterazioni sogliono svanire a poco a poco, mentre si manifesta un notevole aumento del peso del corpo. In certi casi, particolarmente gravi, può persistere durevolmente una diminuzione della capacità psichica (mancanza di giudizio, imperfetto riconoscimento della malattia) e della resistenza emotiva (eccitabilità, determinabilità), come pure una certa irrequietudine e instabilità.

L'esito letale non è molto frequente. Esso può essere determinato da varie malattie intercorrenti, da semplice esaurimento (collasso), da lesioni e da embolie grassose dei polmoni, in seguito ad esteso schiacciamento, o a suppurazione del tessuto cellulare sottocutaneo. Le persone molto grasse con insufficiente attività cardiaca sono, nei gravi accessi maniaci, seriamente minacciate. Nei soggetti di età avanzata si possono verificare attacchi apoplettici. Non si può parlare di un *reperto anatomico* caratteristico.

Stati depressivi. — Le forme più leggere degli stati depressivi sono caratterizzate dell'insorgere di *un semplice arresto psichico, senza disturbi psico-sensoriali e senza accentuate idee deliranti.* Per l'infermo il pensare diventa faticoso; egli non e più in grado di percepire, di seguire il corso di idee di un libro o una conversazione; si sente stanco, abbattuto, istupidito, internamente vuoto; non è più padrone delle cognizioni che prima gli erano abituali, deve riflettere a lungo su cose semplici, non può mettere insieme con giustezza le frasi.

L'umore è fosco, talora disperato. Niente può eccitare durevolmente il suo interesse; niente gli fa piacere; egli è scontento di sè stesso, è diventato indifferente verso i parenti e verso quanto gli era prima caro. Di tutto egli vede solo i lati foschi e le difficoltà; le persone che lo circondano non sono così buone e disinteressate come egli aveva creduto; una delusione segue l'altra. Gravi pensieri insorgono; il suo passato come il suo avvenire gli appariscono entrambi sotto una cattiva luce: « gli pare di essere un assassino », si sente isolato, indicibilmente infelice, senza poterne dire il perchè. La sua vita è inutile; egli non è adatto alla sua professione, vuole cambiare, avrebbe dovuto disporre altrimenti della sua vita, raccogliere meglio le sue forze. Non ha più alcuno scopo, dubita di Dio, è un « diseredato della sorte » e si trascina faticosamente da un giorno all'altro con una certa stupida ras-

segnazione che esclude ogni consolazione, ogni raggio di luce. Tutto lo annoia, non trova alcuna gioia nel mondo, non può più vivere, diventa di cattivo umore, scortese, misantropo, ora sbigottito, o ansioso, ora eccitabile e cupo. Qualunque cosa costa più denaro di quello che egli può pagare. Un disastro finanziario domestico è inevitabile; perciò l'ammalato comincia a risparmiare e a diventare avaro, a non accordare più nulla a sè, nè agli altri, porta i suoi peggiori vestiti e non mangia che scarsamente.

In questi stati insorgono talvolta ogni sorta di *idee coatte*. Gli infermi devono, contro la loro volontà, sottilizzare e rappresentarsi imagini spiacevoli. Una delle mie inferme era tormentata gravemente dal sentirsi costretta a collegare a imagini religiose (crocifissi), rappresentazioni sessuali oscene. Altre sono tormentate dal pensiero del come esse potrebbero venir martirizzate, fatte a pezzi. Occasionalmente si hanno anche impulsi incoercibili ad uccidere, ad incendiare. Noi dobbiamo forse considerare questi fenomeni come l'espressione di una certa affinità, appoggiata anche da altri fatti, della psicosi maniaco-depressiva con la pazzia degenerativa.

Particolarmente accentuata è la *mancanza completa* di ogni energia ad agire. L'infermo è « senza coraggio e senza volontà », è come la ruota di una carrozza, che corre solo perchè spinta da questa; è internamente irrigidito e impietrito; pronunzia appena qualche parola, resta spesso seduto per giorni interi con le mani sul grembo, borbottando cupamente fra sè, incapace a risolversi a qualsiasi azione. Ogni più piccola azione gli costa uno sforzo inaudito; anche le occupazioni quotidiane, le faccende domestiche, l'alzarsi, il vestirsi, il lavarsi vengono compiuti solo con grandissima fatica e spesso addirittura tralasciate. Lavori, visite, lettere importanti, affari, stanno come una montagna innanzi all'infermo, il quale trascura tutto, perchè non trova la forza di vincere gli impedimenti che incontra. Quando va a passeggio, si ferma sulla porta di casa o all'angolo più vicino, indeciso dove debba dirigersi; teme tutti gli incontri, tutti i discorsi. Tutte le novità gli sembrano sgradevoli e insopportabili. Uno dei miei infermi volle subito abbandonare il posto, dapprima da lui tanto desiderato, ma si spaventò a causa del cambiamento in un altro luogo di abitazione e tempestò i superiori con domande affatto opposte, giacchè la nuova posizione procuratagli gli sembrò subito molto peggiore di quella precedente. Talvolta si sviluppa una tendenza invincibile a rimanere in letto; gli ammalati promettono di alzarsi « domani », ma trovano sempre nuovi pretesti per restar coricati. Appunto a causa di questa grave altera-

zione della volontà essi giungono di rado a serii tentativi di suicidio, sebbene il desiderio di morire insorga con frequenza. Solo quando, con la scomparsa dell'arresto l'energia d'azione ritorna, mentre l'abbattimento persiste ancora, i tentativi di suicidio diventano più frequenti e più pericolosi. Un infermo con umore leggermente depresso, si appiccò alcuni giorni prima di esser congedato durante una libera uscita, quando sembrava già completamente rasserenato.

La *coscienza* e l'*orientamento* dell'infermo, malgrado il grave difficoltamento della percezione e del pensiero, sono inalterati. Generalmente sussiste anche un vivissimo *senso della malattia*, non di rado perfino una certa cognizione di questa, in quanto gli infermi esprimono il loro rincrescimento per le sconvenienze precedentemente commesse e la loro preoccupazione di potersi lasciar di nuovo vincere dall'eccitamento. Altri non credono di esser malati, ma solo senza volontà, si potrebbero bensì risolvere, ma non vogliono. Spesso il ritorno della depressione viene riferito a casualità esterne, all'aver appreso notizie spiacevoli, a cambiamenti di condizione e simili. Per l'osservatore spassionato è chiaro che l'effetto psichico di quelle influenze è motivato sopratutto dal turbamento morboso della condizione emotiva. La seguente lettera ci dà un buon quadro dei pensieri e dei sentimenti di uno di questi ammalati:

« Luisa, ecco la completa verità! Tutto è spreco di danaro. Io non devo andare a casa, non devo restar qui: chiudetemi in una cella e datemi solo pane e latte; io non sono più ammalata; essi non lo vogliono credere; io faccio nausea a me stessa e sono piena di stanchezza della vita, non devo più importunare buone persone. Ai miei figli non posso più scrivere poichè non posso dir loro che essi mi sono indifferenti; io sono un mostro, le furie mi aizzano, quanto più a lungo rimango qui, tanto più rabbiosamente. Tu vedesti il mio viso senza anima, Luisa: tu sei una creatura umana — abbi una compassione umana per me. Dammi solo quanto è necessario a coprire la mia nudità; tutto il resto è per me un tormento; io devo andare in un istituto di correzione, devo essere costretta a lavorare. Qui non so lavorare, poichè l'angoscia per il mio stato mi tormenta. Nessuna medicina mi giova, giacchè l'angoscia mi consuma. Qui mi dovrei far forza, con un controllo così severo, ma la vita è spenta — come devo stare fra gli estranei, se non posso tenere in ordine le mie cose? Porto gli stivalini rotti e non posso provvedermene dei nuovi; il denaro non mi giova. La mia vita è sconsolata e sopportabile solo quando mi lamento della mia miseria. Allora spero aiuto. Voi mi disprezzate invece di volermi bene come prima. Luisa non raccontare ad altri la mia miseria.

Si rileva qui chiaramente il profondo abbattimento, il senso del vuoto interno e della mancanza di emotività, l'incapacità a risolversi, il delirio di peccato, la noia della vita e infine la lieve speranza di aiuto.

Nei gradi più elevati, l'arresto psichico può progredire fino ad un vero stato di *stupore*. Gli infermi sono profondamente depressi, non sono più in grado di percepire e di elaborare le impressioni dell'ambiente, non comprendono le domande ad essi rivolte, non si rendono affatto conto della loro condizione. Una inferma, indotta a scendere da un letto per salire in un altro, disse incoscientemente « Questo è troppo complicato per me ». In generale una determinata disposizione affettiva non è riconoscibile, pure i volti dei malati sogliono esprimere la perplessità di fronte alle proprie percezioni e i loro movimenti di difesa mostrano una incertezza ansiosa. Le espressioni volitive degli infermi sono molto scarse. Di regola essi giacciono muti in letto, non dànno alcuna risposta, si ritraggono al più, intimiditi, quando qualcuno si avvicina ad essi. Talvolta presentano uno stato catalettico e mancanza assoluta di volontà, tal'altra una opposizione senza scopo agli stimoli esterni. Essi siedono indifferenti davanti al cibo, ma si lasciano spesso imboccare senz'altro; stringono forte quello che si mette loro in mano, lo rivolgono in tutti i sensi senza sapere come potersene liberare. Non sono perciò assolutamente in grado di provvedere ai loro bisogni fisici e non di rado sono sudici. La fig. 1 della tavola X ci dà una buona riproduzione dell'espressione del viso, particolarmente costernato di questi malati. Il ricordo di questo stato dopo che la coscienza è divenuta lucida, il che ha luogo di solito abbastanza rapidamente, è molto confuso e per qualche periodo è completamente abolito.

In un secondo grande gruppo di casi, all'alterazione del pensiero e all'arresto psico-motorio si aggiungono varie *idee deliranti*; soprattutto idee di peccato e di persecuzione. L'infermo si sente abbandonato interamente da Dio, è inutile al mondo, è sempre stato fin dalla gioventù una pessima persona, un grande peccatore e un gran delinquente, è visitato da spiriti maligni, riprovato e dannato; egli non ha compiuto il suo dovere, ha commesso infedeltà coniugali, non ha detto in confessione tutti i peccati, ha offeso e reso infelici tutti, la guerra ha luogo per colpa sua. Le cose si presentano a lui, come se non avesse mai fatto un passo giusto nella vita. Gli pare di dover andar via, la gente lo guarda; non può più pregare, non ha più sentimenti, non ha più lagrime, tanto è diventato duro; il suo animo è guasto. Si è venduto e andrà all'inferno, il diavolo verrà a prenderlo. Tutti lo disprezzano e lo dileggiano; egli è recluso, è arrestato dai carabinieri, è condotto all'ergastolo, deve morire, viene avvelenato, i cani gli danno la caccia, è mutilato; si sta già innalzando il patibolo per lui. La intera famiglia, viene imprigionata; la moglie si è annegata; egli viene

scacciato vergognosamente dal suo impiego, deve andare in giro nudo e miserabile; il suo avere non basta più, non può pagar nulla, non riesce a vivere. Straordinariamente frequenti sono le idee ipocondriache, che spesso si collegano alle morbose sensazioni somatiche già descritte. L'infermo ha perduto la capacità di pensare, ha distrutto la sua salute con l'onanismo, si sente mezzo morto; egli è inguaribile, non è più un uomo come gli altri, non sarà mai più sano, al contrario anzi interamente stupido, il suo viso, la sua figura sono cambiati. Le inferme si sentono gravide, si è abusato di loro; una malata cominciò a digiunare e portare vestiti sottilissimi per nascondere la sua supposta gravidanza. Una di queste inferme, con l'espressione del viso profondamente preoccupata, è rappresentata nella figura 3 della tavola X.

Spesso le idee deliranti acquistano un contenuto strano ed insensato. Tutto rovina, tutto è cambiato, falsificato, « tutto è finzione, è un altro mondo, non è più quella città ». La patria è scomparsa dalla terra, i parenti sono morti. L'infermo ha avvelenato l'imperatore, non appartiene più a questa terra, non è più un uomo, è un mostro, un'immagine, uno spettro, « appunto una di queste figure ». Egli non può nè vivere nè morire, deve morire, deve vagare così, deve stare eternamente al mondo. Non è possibile ucciderlo, neanche se egli si spacca il capo con una accetta, se gli si apre il petto, se lo si getta nel fuoco. « Non mi si può sotterrare » diceva una inferma; « quando mi siedo sulla bilancia essa segna zero ». Il cuore non batte più, è un pezzo di carne morta; gli intestini sono disseccati e divorati, le defecazioni non avvengono più da parecchi mesi, tutte le membra sono slogate, le ossa sono spostate; il corpo è tutto sifilitico, non è possibile tenerlo più unito; lo stomaco non c'è più, il capo è grosso come la Palestina; nel corpo sta un verme, nella gola un pezzo di carne.

Talvolta si osservano disturbi psico-sensoriali. L'infermo vede ombre minacciose, spettri, spiriti, scorge animali dai denti aguzzi che entrano dalla porta, leoni, serpenti; una testa grigia con una larga bocca sta sopra il suo letto. Egli sente i lamenti dei suoi parenti, minaccie, insulti, rimproveri. Si fa entrare nella sua stanza un denso fumo, gli si dà un cibo che puzza; gli si butta fuliggine sul viso, gli si spara negli occhi.

In singoli casi si sviluppano, pur essendo conservata la coscienza, idee deliranti di persecuzione, sistematizzate, con disturbi psico-sensoriali, che ricordano talora il delirio alcoolico. Gli infermi diventano diffidenti, si sentono osservati, sono perseguitati da spioni, minacciati da

assassini incappucciati, scorgono un pugnale nella mani del vicino. In altri infermi si hanno durevolmente numerose allucinazioni uditive. Gli infermi sentono per la strada, nelle osterie, al tavolo vicino osservazioni su loro. Nella stanza attigua ha luogo una seduta del Tribunale che li riguarda; s'intessono raggiri, si fanno tentativi contro di loro; sono minacciati da parole segrete e gesti sospetti; essi scambiano le persone in modo delirante. Uno dei miei infermi cercò di sottrarsi con un viaggio ai suoi persecutori, ma per via si accorse che essi lo accompagnavano e camminò solo nel mezzo della strada, perchè le voci minacciavano di ucciderlo appena avesse deviato a destra o a sinistra.

Durante queste immagini deliranti, la *coscienza* e *l'orientamento* degli infermi sogliono essere completamente conservati, sebbene essi forse interpretino in modo delirante un luogo di soggiorno e le persone del loro ambiente. Essi comprendono senz'altro quanto vien loro detto, anche se non vi fanno molta attenzione, espongono con ordine le loro lagnanze, ma in modo estremamente monotono, e ritornano subito ad esse, appena si cerca di parlare di altre cose. Il loro pensiero è pigro, ricordano con difficoltà, si rifiutano subito se si dà loro un lavoro, restano paralizzati nel tentativo di scrivere anche una semplice lettera.

In casi più leggeri può esservi anche una certa coscienza della malattia. L'infermo va talvolta da sè al luogo di cura, se pur fino dapprincipio non ritiene che tutto sia inutile; allora vi era ancora la possibilità di guarigione, adesso non più. Questa forma è molto più grave di tutte quelle precedenti.

L'*umore* è depresso, cupo, disperato e si sfoga talvolta in lamenti vivaci e monotoni. Spesso però gli infermi, si mostrano stranamente ottusi in rapporto alle idee deliranti da essi espresse, guardano fisso dinanzi a loro, senza curarsi di chi li circonda. Una inferma si nascose in cantina per avere un po' di tranquillità. Durante le visite dei parenti si può però spesso convincersi che gli ammalati non sono affatto indifferenti; essi possono allora cadere in viva eccitazione.

Di regola si rilevano chiaramente i segni dell'*arresto del pensiero e della volontà;* povertà d'idee, laconismo, risposte date sottovoce ed esitanti, imbarazzo, movimenti stanchi, mancanza di azioni spontanee, incapacità all'attività psichica. Altri infermi sono di tratto in tratto più vivaci, ansiosi. Essi vogliono presentarsi alla polizia, chiedono perdono, domandano misericordia. Molto spesso si hanno pensieri di morte. L'infermo vorrebbe non esser più al mondo; gli si deve tron-

care la testa. Egli fa anche tentativi di suicidio, ma spesso in seguito all'incapacità a risolversi, con energia minima, batte il capo contro la parete, si lega un fazzoletto intorno al collo, si fa, con il coltello da tavola, una scalfittura al polso. Una delle mie inferme comprò dei granuli di stricnina e pasta di fosforo, ma « aveva un odore troppo spiacevole ». Un'altra salì sul parapetto di una finestra di un secondo piano per precipitarsi di sotto, ma tornò subito nella stanza, perchè una guardia che passava per combinazione di là, la minacciò col dito.

Le forme deliranti degli stati di depressione possono associarsi ad uno stato stuporoso con profondo *offuscamento della coscienza*. Gli infermi cadono in tali casi in uno stato crepuscolare, nel quale sono quasi completamente inaccessibili alle impressioni esterne, e in preda invece a svariati e incoerenti delirii e disturbi psico-sensoriali. Il loro ambiente si trasforma nella maniera più strana; la stanza si estende all'infinito, diventa il cielo, dove essi vedono Dio seduto sul trono, oppure una fossa strettissima nella quale essi soffocano, mentre fuori vengono mormorate preghiere funebri. L'intero mondo brucia e quindi agghiaccia; l'ammalato e l'ultimo uomo, l'ebreo errante, solo nella totale devastazione; è in Siberia. Fuori viene innalzato il patibolo; una numerosa comitiva l'osserva e lo burla; la stufa fa osservazioni mordaci. Lo si obbliga a correre nudo come un gemello siamese, lo si incita ad appiccarsi per nascondere la sua vergogna. Egli si trova su di un battello oscillante, assiste ai solenni funerali di un principe, con musica funebre e grande seguito; su di un alto monte siede un piccolo uomo con un ombrello che il vento fa chiudere continuamente. I volti intorni a lui si contorcono; le persone hanno un significato misterioso, sono grandi uomini storici, divinità. Lo stesso infermo ha cambiato sesso, e gonfio come una botte; è un cavallo da battaglia; è di alto lignaggio, è il Redentore del mondo.

Durante questi stati mutevoli, sognanti, gli infermi mostrano per lo più esteriormente uno stato di grave arresto, non sono in grado di pronunciare una parola o di provvedere da sè ai loro bisogni, non mangiano, sono sudici. Senza tradire i vivi moti dell'animo, essi giacciono a letto muti, inaccessibili, indifferenti; solo l'aspetto spaventato, l'espressione del viso e la resistenza ad influssi esterni, talora anche le strane posizioni o gli strani movimenti, come pure le improvvise azioni impulsive (tentativi di suicidio), indicano i processi che si svolgono nel loro intimo; di tempo in tempo si odono da essi anche espressioni tronche, lente, come meravigliate. Il seguente scritto mostra chiamente la profonda confusione:

« Una voce ha soffocata l'altra — No, non era così — È un poco strano — Era del tutto diverso — La casa è a rovescio — Tutti hanno veleno — No, essi lo hanno gridato — No, io l'ho scritto apposta — Sì, ora io non mangio più — Se Lei avesse fatto altrimenti, sarebbe stato meglio — Lei non avrebbe scritto nulla — Essa ha spaventato tutta la gente — Non vi è alcuna vera sentinella di sopra — Adesso non migliora più ».

Nel graduale risveglio da questi stati, spesso restano ancora per qualche tempo singole illusioni o allucinazioni, anche quando gli infermi sono già in grado di giudicarle esattamente.

Anche gli stati di depressione sono accompagnati d'ordinario da ogni sorta di disturbi *somatici*. Gli infermi accusano senso di peso e di oppressione, vuoto della mente, ronzio nelle orecchie, capogiri, senso di stringimento, cardiopalmo, brividi nella schiena, pesantezza delle membra. L'*appetito* è di regola molto diminuito, la lingua impatinata, l'alvo stitico; gli infermi si nutrono solo contro voglia e dopo lunghi discorsi persuasivi. Il *sonno*, malgrado il forte bisogno di dormire e per lo più sensibilmente alterato; gli infermi giacciono a letto per ore, tormentati da imagini e idee penose, senza dormire, o per svegliarsi poi al mattino seguente, dopo sogni confusi e angosciosi, con la testa vuota, abbattuti e spossati. Essi si alzano generalmente molto tardi, rimangono coricati anche per giorni o settimane, sebbene non trovino alcun sollievo nello stare a letto. L'*espressione del volto* e il *portamento* sono senza energia, come di persona spossata; le parole sono pronunziate a voce bassa e lenta; gli occhi sono semispenti; la *pelle* è arida, rugosa, avvizzita; il *peso del corpo* suole diminuire notevolmente, specie nelle forme che si accompagnano a idee deliranti e a stupore. La respirazione e l'attività cardiaca sono indebolite e rallentate, la pressione sanguigna è aumentata, la tensione vasale elevata. Da ciò deriva un polso basso e tardo con apice poco elevato o arrotondato e con onde di rimbalzo poco accentuate. La quantità dell'orina, come l'eliminazione di urea e di magnesia, sono diminuite.

Stati misti (1). — Quando si osserva più attentamente un maggior numero di casi, che appartengono alle varie forme della psicosi maniaco-depressiva, si nota subito che fra le forme fondamentali, finora distinte, della eccitazione maniaca e della depressione, esistono numerose forme di passaggio. Bisogna anzitutto notare che i singoli

(1) WEYGANDT, *Ueber die Mischzustände des manisch depressiven Irreseins*, 1899.

attacchi della malattia non hanno tutti, e per tutto il loro decorso, un colorito unico. Abbiamo già detto che i maniaci possono, transitoriamente, apparire non solo tristi o disperati, ma anche tranquilli e stuporosi. Tali cambiamenti improvvisi per ore o per giorni interi sono straordinariamente frequenti, tanto in una direzione che nell'altra. Un infermo può coricarsi in uno stato depressivo o di stupore, e si sveglia improvvisamente con la sensazione che sia stato tolto un velo dal suo cervello, passa la giornata in una gioconda iperattività maniacale, per ritrovarsi poi il giorno seguente fiacco, colla testa pesante, e sentire di nuovo tutta la miseria del proprio stato. Oppure l'ipomaniaco audace, baldanzoso, tenta a un tratto e inaspettatamente il suicidio.

Inoltre s'incontrano frequentemente degli stati transitorii, i quali non corrispondono esattamente nè all'eccitazione maniaca, nè alla depressione, ma presentano un misto di caratteri morbosi dell'una e dell'altra forma. Questa condizione diventa più chiara nel tempo del passaggio da uno stato all'altro, il quale si prolunga spesso per settimane e mesi. Noi vediamo qui come i fenomeni di uno dei quadri non scompaiano sempre ugualmente su tutti i domini della vita psichica, per venir poi sostituiti, dopo un certo tempo di apparente equilibrio, da fenomeni opposti che si sviluppino poco a poco; invece alcuni dei caratteri morbosi della prima forma si perdono più rapidamente, altri più lentamente, e frattanto insorgono già questi o quei fenomeni dello stato nuovo in via di sviluppo. Se si dirige la propria attenzione precisamente sul periodo di passaggio, si rimane sorpresi per la varietà dei quadri morbosi che qui si mostrano e che in parte sembrano appena conciliabili con gli accessi tipici. Pure io credo che sia più facile comprendere questi stati, se ammettiamo che essi derivino appunto da un miscuglio vario delle alterazioni caratteristiche delle fasi opposte della psicosi maniaco-depressiva.

Le nostre osservazioni precedenti ci hanno dimostrato che i singoli tratti caratteristici della mania e della depressione circolare, possono venir considerati, in un certo senso, come antitesi complete. Possiamo infatti considerare come alterazioni fondamentali della psicosi maniaco-depressiva da un lato un rallentamento del decorso ideativo, l'umore triste e l'incapacità a risolversi, dall'altro la fugacità delle rappresentazioni, l'umore elevato e la facilitata determinazione agli atti volitivi. Noi non possiamo per altro affermare che questa interpretazione sia sempre esatta e completa. Io voglio qui soltanto accennare che è per lo meno molto difficile ricondurre l'alterazione del processo volitivo ad una formula così semplice. Gli esperimenti con

la scrittura ci hanno mostrato che negli stati misti la forza di movimento, cioè l'intensità dell'impulso, può essere elevata, mentre la velocità del movimento è rallentata. Le antitesi sembrano dunque essere più complicate di quello che può apparire a prima vista. Finchè non potremo conoscere più esattamente queste condizioni, dovremo contentarci della triplice distinzione da noi fatta.

All'acme degli accessi si mostrano contemporaneamente quei disturbi che costituiscono lo stato maniaco o quello depressivo. Sembra però che questi legami non siano inalterabili, come del resto ci mostrano anche le variazioni d'umore dei soggetti normali. Accanto all'eccitazione allegra e rumorosa incontriamo disposizioni d'animo tranquille e contente, accanto all'abbattimento rigido, cupo, doloroso, lo scoppio selvaggio della disperazione. Ammettiamo che nel fatto si possano collegare insieme quelle tre paia di alterazioni opposte (alterazione del pensiero, dell'umore, della volontà); da esse si potrebbero comporre non meno di 8 quadri morbosi, dei quali noi sogliamo distinguere generalmente solo le due forme principali: la eccitazione maniaca e lo stato opposto, cioè la depressione.

Per rendere più chiara questa interpretazione possiamo ammettere che i passaggi di una alterazione parziale a quella opposta, si compiano, per un determinato gruppo di casi, sempre in un tempo ugualmente lungo, ma che però questa trasformazione per ognuno delle tre paia di caratteri morbosi non si inizi, come di solito, contemporaneamente, bensì successivamente. Supposto ciò, *una* alterazione si cambierà in quella ad essa opposta, mentre negli *altri* campi sussisterà ancora lo stato precedente. I due disegni seguenti potranno spiegare meglio le possibilità che da ciò derivano. Essi rappresentano il passaggio dall'eccitazione maniaca alla depressione e quindi di nuovo alla mania. I tratti di curva al disopra della ascissa indicano le alterazioni parziali della mania, mentre l'abbassamento al disotto della linea rappresenta il passaggio alla depressione. Le alterazioni del pensiero sono riprodotte dalle linee a tratti, i cambiamenti d'umore da quelle punteggiate, le alterazioni della volontà infine da quelle continue. È rappresentato dapprima un caso in cui l'alterazione del pensiero si muta nel suo opposto prima, e al contrario la alterazione del tono sentimentale dopo l'alterazione volitiva; mentre la volta successiva il disturbo del pensiero e del tono sentimentale precedono entrambi, nel loro mutamento, il mutamento del disturbo volitivo. Nello stesso modo si possono naturalmente considerare anche altre possibilità: il cambiamento anticipato della alterazione della volontà, il decorso comune di due paia di alterazioni prima

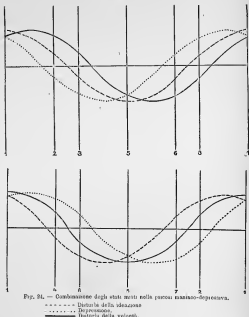
e dopo del terzo. Siccome oggi noi non sappiamo ancora quali casi si manifestino realmente, basterà osservare gli esempi qui riportati, poichè in tutto riappaiono gli stessi miscugli di caratteri morbosi.

Se seguiamo la prima linea, vediamo che lo stato iniziale corrisponde a quello della eccitazione maniaca. Nella linea 4 la fuga delle idee ha ceduto il posto all'arresto del pensiero, mentre persistono umore allegro e impulso all'azione; nella linea 6 si è aggiunto l'arresto volitivo. Poichè ora anche l'umore cambia, troviamo nella linea 5 il quadro della depressione circolare al suo acme; esso domina per qualche tempo la posizione, per quanto in composizioni alquanto variabili. Nella linea 7 ci troviamo ancora dinanzi a fuga delle idee insieme ad umore triste, e arresto di volontà, mentre poco tempo dopo, alla linea 2, anche l'alterazione della volontà si è mutata, solo l'umore depresso persiste. Il decorso ulteriore conduce poi di nuovo allo sviluppo della mania che perdura per qualche altro tempo. Nella seconda curva, che comincia come la prima, noi riscontriamo nella linea 2 lo stesso stato, che si è avuto nella prima curva prima del nuovo attacco maniaco. Più tardi però si ha, nella linea 3, un'unione dell'arresto del pensiero e dell'umore depresso con l'eccitazione. Al completo sviluppo della depressione che si ha nella linea 5 segue poi dapprima uno stato a noi già noto dalla prima curva, cioè arresto del pensiero e della volontà con umore allegro, ma poi, nella linea 8, arresto della volontà con fuga delle idee e umore elevato (fig. 24).

Se i passaggi fra gli stati della psicosi maniaco-depressiva avessero sempre luogo in modo simile a quello qui descritto, noi comprenderemmo come i quadri di passaggio abbiano trovato finora, di fronte alle due forme principali, relativamente poca considerazione, giacchè essi hanno di regola solo una durata brevissima. Inoltre vi è solo un numero limitato di casi nei quali è più fortemente pronunziata la non contemporanea modificazione delle curve nei varii campi. Noi dobbiamo anche tener presente che le singole curve offrono spesso improvvise oscillazioni, le quali rendono più difficile le interpretazioni dei mutevoli quadri morbosi. D'altra parte però appunto la esposizione qui tentata farebbe sembrare comprensibile come anche nei quadri puri della mania e della depressione, il rapporto fra le alterazioni parziali possa, dentro vasti limiti, essere mutevole. L'arresto della volontà può essere straordinariamente grave, mentre il cattivo umore è relativamente poco pronunziato e viceversa; infermi maniaci possono presentare marcata fuga di idee ed essere nello stesso tempo poco eccitati; possono offrire umore molto elevato unito a distrabilità minima, e così di seguito. Anche nello

stesso decorso morboso noi non raramente incontriamo un cambiamento nella composizione quantitativa degli stati della stessa specie.

Noi dovremo dunque ormai farci la domanda se l'esperienza clinica c'insegni realmente a conoscere quadri morbosi corrispondenti alle presupposizioni che abbiamo poste qui per base. Sebbene i nostri mezzi

Fig. 24. — Combinazione degli stati misti nella psicosi maniaco-depressiva.
- - - - - - - Disturbi della ideazione
. . . . Depressione.
———— Disturbi della volontà.

per l'analisi delle singole forme di fenomeni siano ancora molto imperfetti e una investigazione veramente metodica degli stati misti e delle loro condizioni di sviluppo sia stata finora appena incominciata, credo poter rispondere affermativamente alla domanda. Appena si aguzza lo sguardo a queste osservazioni, si riconosce subito che nel fatto la

descrizione scolastica della mania e della depressione circolare sia in certo modo esatta solo per alcune forme principali. Intorno ad esse si raggruppano molti e diversi quadri morbosi, i quali tuttavia, per quello che noi siamo in grado di giudicare, sembrano composti delle stesse alterazioni fondamentali. Noi parleremo qui ancora brevemente di quelli che si possono immediatamente dedurre dalle nostre osservazioni. È necessario soltanto accennare alla possibilità che una più profonda analisi delle alterazioni parziali maniaco depressive possa portare qualche amplificazione a questo circolo di forme.

1.° Noi prendiamo come punto di partenza il quadro della *mania* con fuga di idee, umore elevato e impulso all'azione.

2.° Quando in questo quadro l'umore depresso prende il posto dell'umore allegro, ne deriva quel quadro morboso a cui noi diamo il nome di mania con furore. Noi conosciamo casi di eccitazione maniaca, in cui gli ammalati sono in modo transitorio o duraturo estremamente eccitabili, coprono di ingiurie le persone del loro ambiente, si abbandonano per cause minime a impetuosi scoppi di collera e diventano insensatamente violenti. Se si paragonano a ciò la inalterabile serenità e l'amabilità di altri infermi, egualmente eccitati, si pensa facilmente ad un cambiamento più o meno durevole del tono emotivo in un vivo senso di malumore. Se l'eccitazione si modera, insorgono forse le forme brontolone della mania, alle cui forme più lievi Hecker, ha in special modo accennato.

In tali casi gli infermi mostrano talvolta un sentimento di sè un poco elevato, ma mai un umore allegro. Sono piuttosto scontenti, insofferenti, forse anche ansiosi, trovano da ridire su tutto, si sentono trattati male in ogni occasione, il cibo che ricevono è cattivo, non possono più sopportare un ambiente così orribile, nè dormire in letti così pessimi, nè stringere relazione con gli altri infermi. Accanto ad una completa coscienza, essi hanno una grande tendenza e una grande capacità ad offendere e ad affliggere gli altri, a istigarli l'uno contro l'altro, a farli ribellare, a trovare dappertutto quello che vi è di spiacevole e metterlo in evidenza. Ogni giorno espongono nuovi lamenti, si impongono all'ambiente, si irritano quando, secondo la loro opinione, non si presta loro sufficiente attenzione. Il fondamento maniaco si manifesta nella leggera fuga delle idee, nella grande instabilità e nella mancanza di riposo che spinge gli infermi a cambiare spesso soggiorno, a cominciare tutte le cure possibili senza compirne alcuna, a fumare e a bere oltre misura.

3.° Se nel quadro morboso descritto la fuga delle idee è sostituita dall'arresto del pensiero, si ha il quadro particolare della *ecci-*

tazione con depressione. Si tratta in tal caso di infermi che da un lato sono straordinariamente poveri di idee, ma dall'altro mostrano una viva irrequietezza, che non sta in relazione con l'intensa tristezza del loro umore. Essi parlano incessantemente, ma dicono sempre le stesse cose, tormentano sè stessi e chi li circonda con un lamentio continuo e monotono, presentano sempre le stesse idee deliranti, per lo più a contenuto ipocondriaco, con le stesse espressioni, scendono dal letto, si aggrappano al medico, si preoccupano degli altri infermi e di quanto avviene nel riparto. Essi si lagnano di essere stati rovinati, avvelenati, di non poter mai più guarire; vogliono morire, non possono più star bene al mondo, ma non sono veramente ansiosi, nè tristi; si può senza fatica fissare la loro attenzione e ricevere risposte ordinate. Transitoriamente possono fare osservazioni umoristiche, spiritose e mordaci; ma possono anche diventar pretenziosi, irritanti, violenti.

4.° Un nuovo quadro si sviluppa quando l'umore da depresso si trasforma in gaio. Noi abbiamo allora uno stato maniaco senza fuga di idee, una mania improduttiva, *povera di idee.* Questo quadro morboso è molto frequente. Gli infermi percepiscono lentamente e inesattamente, spesso comprendono le domande solo dopo che esse sono state ripetute insistentemente per più volte, non prestano alcuna attenzione, dànno spesso risposte non corrispondenti ed evasive, non ricordano subito cose semplici. Essi producono perciò non di rado l'impressione di imbecilli, mentre in seguito possono dimostrare perfino di essere abbastanza intelligenti. Questo stato è soggetto a grandi oscillazioni, in modo che gli infermi rispondono talvolta con prontezza e accortezza, mentre in altri momenti non sono in grado di esporre alcuna idea.

L'*umore* dei malati è sereno, contento, sfrenato; essi ridono con o senza motivo, si rallegrano per ogni piccola cosa. I loro discorsi sono incoerenti, sventati, molto monotoni e vacui; non parlano nè in fretta, nè molto, possono rimanere in silenzio per lungo tempo se non vengono eccitati. Esiste di solito una aumentata eccitabilità. Mentre i malati in principio non trovano le parole, durante il discorso può svilupparsi a poco a poco un impulso a parlare che aumenta rapidamente. L'impulso all'azione si limita spesso a fare boccacce, occasionalmente a ballare per la stanza, a scagliare arditamente oggetti, a mutare abiti e pettinatura, senza però mostrare la smania di agire ininterrottamente che è propria alla mania. Parecchi di questi infermi si comportano di solito così tranquillamente e ordinatamente, che ad una osservazione superficiale l'eccitazione non si rileva affatto. All'incontro quando il loro umore è elevato e di quando in quando un

poco irritato, essi sono scontrosi o mostrano una ricercata rozzezza, per scoppiare poi in una allegra risata. Altri rimangono seduti senza far nulla, dànno in una grande risata ad ogni parola che viene loro rivolta, non esprimono niente all'infuori di qualche osservazione pungente. Di regola si nota anche che essi non sono capaci di alcun lavoro ordinato, mostrano piuttosto tendenza ad ogni sorta di cattive celie e di tiri inutili: collezionano, rubano, stracciano, annodano, otturano i buchi delle serrature, incollano pezzi di carta alle pareti, guastano tutto, di tempo in tempo giungono a immediati, brevi, impulsivi scoppii di grande violenza. Uno di questi infermi saltò fuori improvvisamente e senza motivo dal bagno, atterrò l'infermiere con una sedia, fracassò alcuni vetri della finestra e scivolò, completamente nudo, nel giardino coperto di neve, dove, affatto calmo, si lasciò riprendere, come se nulla fosse accaduto; egli non era in grado di dare alcuna ragione della sua condotta. Transitoriamente può aversi anche una vera mania furiosa con fuga di idee e vivo impulso a parlare.

5.° *Depressione tipica* con arresto del pensiero, umore triste e incapacità a risolversi.

6.° Quando al posto dell'umore triste subentra l'allegria, si ha quella forma che mi ha per la prima spinto alle ricerche sugli stati misti e che noi sogliamo chiamare « *stupore maniaco* ». Gli infermi sono di solito affatto inaccessibili, non si curano dell'ambiente, non rispondono, tutto al più parlano da soli sommessamente, sorridono senza un motivo comprensibile, rimangono completamente tranquilli a letto o giocherellano con i loro vestiti e la biancheria da letto, si adornano in modo stravagante, tutto ciò senza alcun segno di irrequietezza esteriore o di eccitazione emotiva. Talvolta essi esprimono qualche idea delirante di contenuto variabile. Gli infermi sentono freddo al cervello, hanno la lingua di ferro, vengono divorati da orsi bianchi, sono figli di principi trafugati, Eleonora di Halberstadt. Per lo più si mostrano abbastanza coscienti e orientati. Non di rado si osserva stato catalettiforme.. All'improvviso però essi diventano vivaci, ingiuriano ad alta voce e con violenza, fanno, ridendo sfrenatamente, osservazioni argute e pungenti, saltano dal letto, buttano il cibo nella stanza, si spogliano all'improvviso, corrono con impeto attraverso alcune sale, stracciano i loro abiti o maltrattano, senza alcun motivo esterno, altri infermi, per ricadere poi subito nella precedente inaccessibilità. In altri momenti essi si mostrano anche tranquilli e perspicaci, ma in generale solo transitoriamente. Alcuni infermi percorrono a passi misurati il riparto, non parlano quasi mai, ma dicono talora una frase spiritosa, danno

del tu al medico, si avvicinano a lui eroticamente, sorridono. Una di queste ammalate rubò una notte la chiave alla sua infermiera addormentata, penetrò nella camera di un medico e si rallegrò molto del tiro riuscito, senza pronunziare mai una parola. Spesso gli infermi ricordano perfettamente il tempo trascorso, ma non sono assolutamente in grado di spiegare la loro strana condotta. « Io non volevo avere volontà » mi diceva uno di questi infermi. Egli aveva rifiutato il cibo per diventare più leggero e acquistare la salute, ma si sentì poi spinto dalla fame a sorbire per il naso una quantità di latte e ad odorare con passione un panino. Egli stesso rideva di questa stranezza, ma non pronunziò nemmeno una parola e non si lasciò persuadere a mangiare.

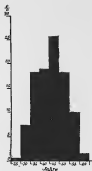
La figura 4 della tavola X può forse rappresentare in certo modo questo stato. Nell'espressione rigida del viso dell'ammalata, sempre ferma allo stesso posto, si scorge chiaramente lo stato d'impedimento psichico che la dominò per molti mesi e la rendeva muta. Ma contemporaneamente appariva nella tendenza quasi invincibile a strappare e a sporcare il tratto fondamentale del disturbo maniaco, che si riconosce anche nella figura dagli ornamenti formati da foglie strappate e da ramoscelli. In altri infermi l'espressione del viso è piuttosto allegra, ardita, erotica. Spesso a questo stato si intercala solo transitoriamente un accesso maniaco. Anche più frequentemente esso forma il periodo di passaggio fra uno stato di stupore depressivo e la mania che segue ad esso, come venne riprodotto nella nostra seconda curva. Si possono poi seguire passo passo i diversi stati intermedii, la scomparsa dell'umore triste, l'apparire del primo sorriso, la riacquistata libertà dei movimenti, lo sviluppo di una certa irrequietezza con un leggero sussurrare, e finalmente lo svanire dell'arresto anche nel dominio della parola, con l'insorgere dell'impulso al parlare e della fuga delle idee.

7.° Nel quadro ordinario della depressione, l'arresto del pensiero può venire sostituito dalla fuga delle idee. Questi infermi sono spinti dalle loro percezioni a vivaci collegamenti di idee, leggono molto, mostrano di interessarsi a quanto accade nel loro ambiente e di comprenderlo; sono talora anche curiosi, sebbene rimangano quasi muti, e siano impacciati ed abbattuti nel contegno e di umore tetro. Essi ci dicono poi, appena ricominciano a parlare del loro stato, che non possono tener ferme le loro idee, che alla loro mente si presentano sempre tante cose, alle quali non avevano mai pensato. Riferendoci alle altre osservazioni sul miscuglio dei caratteri morbosi, si può probabilmente ammettere che in questi casi si abbia a che fare con l'insorgere di una fuga di idee, la quale non è riconoscibile esternamente solo

perchè esiste l'arresto dei movimenti verbali. Gli infermi che non possono affatto esprimersi a voce, sono talvolta in grado di scrivere e compongono allora, con nostra meraviglia, scritti lunghi e spesso confusi, pieni di idee di peccato e di timori deliranti. Non di rado si sviluppa da ciò, come appare anche nella nostra prima curva, con la scomparsa dell'arresto della volontà e la trasformazione dell' umore, la eccitazione maniaca.

8.° Infine io credo di aver osservato ripetutamente stati che corrisponderebbero all'associazione da noi ammessa, della fuga delle idee e dell'umore allegro con l' arresto psico-motorio. Gli infermi di questa specie sono euforici, talvolta di umore un po' eccitato, deviabili, disposti a scherzi, nel parlare cadono facilmente in un chiaccherio con fuga di idee e numerose assonanze, ma nel modo esterno di contenersi rimangono sorprendentemente calmi, stanno tranquilli a letto, fanno solo di tempo in tempo qualche osservazione o ridono di loro stessi. Pare però che di solito sussista una forte tensione interna, poichè gli infermi possono diventare improvvisamente violentissimi. Precedentemente io ho messo insieme l'arresto maniaco con lo stupore maniaco, ma credo che esso si possa distinguere da quest'ultimo per la fuga di idee che in esso chiaramente si manifesta fig. 25.

Fig. 25. — Inizio della psicosi maniaco-depressiva secondo l'età.

La conoscenza degli stati misti è ancora troppo incompleta per rendere possibile una più larga descrizione di caratteri delle singole forme. Senza dubbio nella psicosi maniaco-depressiva vi sono ancora parecchi quadri morbosi che non si possono adattare alle cornici qui schizzate; io voglio soltanto ricordare che noi frattanto non abbiamo rivolta alcuna attenzione all'insorgere o al mancare di idee deliranti o di stati deliranti. D'altra parte anche nelle forme miste descritte si osserverà, come io ho varie volte accennato, un'oscillazione dei singoli caratteri, la quale ci insegna che i passaggi sono qui straordinariamente facili e che, in un brevissimo spazio di tempo, un'alterazione parziale può venire, transitoriamente o durevolmente, sostituita da un'altra. Pure non mi sembrerebbero prive di utilità le osservazioni qui esposte, anche se esse servissero solo di incitamento ad uno studio più profondo dei

quadri morbosi maniaci, che noi incontriamo nel circolo delle forme della psicosi maniaco-depressiva.

Gli stati misti sono molto più frequenti, come abbiamo già esposto, nel periodo di passaggio fra le due forme principali della malattia; ed è appunto pel loro modo di svilupparsi e per le loro trasformazioni, che ci crediamo in diritto di indicarli come forme miste e come quadri morbosi apportamenti alla psicosi maniaco-depressiva. L'esperienza così acquistata, il cui valore è del resto essenzialmente indipendente dalla interpretazione, ci fornisce importanti punti di appoggio per il giudizio clinico di questi casi, in cui le forme abituali della mania e della depressione vengono rimpiazzati più o meno completamente da stati misti. Prima di tutto nel decorso di una psicosi maniaco-depressiva vediamo svilupparsi talvolta, insieme a quadri semplici, degli accessi che decorrono interamente o preponderantemente nella forma di stati misti. Ciò conferma il nostro concetto dell'uguaglianza essenziale di tutte queste forme cliniche. Anche più spesso i differenti attacchi d'un infermo sembrano offrire lo stesso stato misto; quando uno di essi è insorto, vi è una certa probabilità che più tardi debbano seguirne altri simili. È straordinaria la concordanza che si riscontra tra singoli quadri morbosi, lontani qualche volta anche di decenni gli uni dagli altri. In un caso di stupore maniaco io rimasi estremamente sorpreso quando ricevetti la storia clinica da un altro Istituto. Sebbene l'accesso precedente avesse avuto luogo 22 anni prima, la descrizione di esso avrebbe potuto servire, fino nelle minime particolarità, per quello successivo; 10 anni prima si era presentata una semplice depressione.

La nozione esatta degli stati misti ci rende possibile di riconoscere subito l'importanza clinica anche di quei quadri morbosi che non corrispondono alle forme tipiche. Quando l'anamnesi ci mostra tipici accessi maniaci o stati di depressione, non sarà difficile riconoscere che il quadro appartiene alla pazzia circolare, quantunque devii dalla norma. All'incontro quei casi che presentano solo stati misti, possono offrire considerevoli difficoltà diagnostiche, specie nel primo accesso. Io riconosco che ancora è spesso impossibile giungere ad una diagnosi sicura, pure riesce non di rado di riconoscere la natura di un singolo quadro morboso, dapprima incomprensibile, dalle alterazioni fondamentali della psicosi maniaco-depressiva, e trarre così importanti deduzioni intorno all'ulteriore decorso e dall'esito.

La psicosi maniaco-depressiva, nel senso qui circoscritto, è una malattia molto frequente; il 10-15 % dei ricoverati nella mia Clinica vi appartengono. Noi ne dobbiamo ricercare le *cause*, a quanto sembra,

essenzialmente, in una predisposizione morbosa. Potei dimostrare circa nell'80 % dei miei casi la predisposizione ereditaria (1), spesso anche precisamente sotto forma di pazzia circolare o periodica in altri membri della famiglia. Non di rado si trova negli infermi una eccellente capacità intellettuale od artistica. Di altri viene riferito che sono stati fin dalla gioventù individui non comuni, irritabili, con cambiamenti d'umore frequenti e senza motivo o, al contrario, sofistici, esageratamente religiosi, ritrosi e taciturni. Qualche volta vi è anche imbecillità congenita. In una serie di casi, specialmente durante gli accessi, ma anche prima, si presentano ogni sorta di fenomeni isterici: accessi di grida, crampi allo stomaco, svenimenti, grandi attacchi. Si trovano spesso anche segni degenerativi somatici, specialmente conformazione irregolare o piccolezza del cranio, scolosi, idrocefalia. Il sesso femminile fornisce circa i due terzi degli infermi.

La ripartizione dei primi attacchi secondo le singole età, si rileva dal seguente diagramma. La malattia comincia in più dei $^2/_3$ dei casi prima del 25.° anno qualche volta i primi segni di essa si riscontrano già prima del 10.° anno di vita. In genere gli individui predisposti sembra che ammalino relativamente presto. Assai forte è la preponderanza dell'età giovanile nel sesso femminile. In questo i $^3/_4$ dei casi ammalano prima del 25.° anno; anche nel periodo di involuzione aumenta di nuovo nelle donne la tendenza ad ammalare. Talvolta la malattia s'inizia col primo apparire delle mestruazioni; anche più tardi si osserva spesso un peggioramento durante i periodi mestruali. All'incontro il loro riapparire dopo una lunga assenza, durante la depressione, indica un prossimo cambiamento del quadro morboso. Non di rado si vede cominciare un accesso durante il puerperio. In una delle mie inferme i tre primi accessi ebbero luogo in seguito a parti, gli altri poi senza questa causa; un'altra ammalò dapprima dopo un aborto da essa stessa procurato, e quindi di nuovo durante un puerperio; nel frattempo però partorì una volta senza disturbi.

Lo sviluppo della malattia è in generale indipendente da altre cause esterne, per quanto di solito l'infermo e i parenti ne cerchino la causa in un avvenimento qualsiasi. Certo ogni sorta di lesioni, una violenta emozione, un malessere fisico, una malattia febbrile possono, in un terreno predisposto, dare l'ultima spinta allo scoppio dell'accesso. Una delle mie inferme diventò maniaca dopo una laparatomia. Le le-

(1) Fitschen, *Monatsschrift f. Psychiatrie*, *VII*, 127.

sioni al capo vengono più spesso considerate come cause della malattia, pure qualche volta è appena possibile presentare in forma convincente la prova di una relazione tra i due fatti. Più volte è stato ammesso il legame tra la forma morbosa suddetta e grossolane malattie del cervello, attacchi apoplettici, ecc.; spesso vi sarebbero stati attacchi convulsivi nella giovinezza. D'altra parte noi osserviamo frequentemente una sorprendente indipendenza del complesso degli accessi morbosi da agenti esterni, in modo che non ci è possibile dubitare della cagione interna di essa.

La ragione più importante per questa opinione si trova però nel fatto che le forme maniaco-depressive hanno una tendenza molto pronunziata a ripetersi più volte nella vita, perfino con grande frequenza; in parecchi casi le varie forme di esse possono alternarsi ininterrottamente per diecine di anni. Questa particolarità della malattia ha già attirato grandemente su di sè l'attenzione degli psichiatri e li ha determinati a comprendere sotto il nome di *pazzia periodica* la massa principale delle osservazioni. Siccome si considerò la periodicità indipendente come un carattere essenziale della malattia, si esclusero dal quadro di essa tutte le forme che apparentemente o realmente non la presentavano. Sotto questo punto di vista si notarono dapprima quei casi in cui i singoli accessi, sia maniaci che depressivi, ricomparivano con grande regolarità. Furono distinte così la *mania periodica*, la *melanconia periodica* e la *pazzia circolare* con alternative regolari di « mania » e malinconia. Questa delimitazione è ancora oggi la più diffusa in Germania. Insorgono però difficoltà per le forme miste e per i casi con pronunciate idee deliranti indicati anche come « paranoia periodica », e per quei casi in cui i singoli accessi, ora maniaci, ora depressivi, si susseguono con grande irregolarità. Generalmente si mette molto in dubbio o si nega che essi appartengano alla pazzia « periodica » o « circolare ». Si tratta piuttosto, secondo la idea più comune, di « recidive » o di singoli attacchi indipendenti gli uni dagli altri, di « mania » e di « malinconia ». Questa ultima idea vale sopratutto per i casi con pochi accessi, o con un solo accesso durante la vita. Certo l'esperienza ha mostrato sempre che il numero di questi casi, ad un esame più accurato, si restringe in modo notevolissimo e che la mania semplice diventa una malattia sempre più rara (1); vi sono però senza dubbio alcuni casi in cui si riscontra un solo accesso maniaco durante l'intera vita.

(1) Von ERP TAALMAN KIP, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIV, 119;* HINRICHSEN. *idem, 86;* MAYSER, *Archiv. f. Psychiatrie. XXXI,* 500.

Chi ha seguito fin qui la mia esposizione può facilmente riconoscere che questo fatto, per la cui determinazione si sono affaticati tanti studiosi, non è assolutamente adatto a scuotere il concetto qui sostenuto della unità della psicosi maniaco-depressiva. Basandosi solo su statistiche più o meno attaccabili, questa questione non può essere decisa. Manifestamente si tratta piuttosto di stabilire se il ritorno degli accessi in questa malattia rappresenti un carattere clinico essenziale o di poco rilievo. Nel primo caso dovremo contrapporre le forme « periodiche » alle « semplici » come un gruppo particolare di malattie, nel secondo no.

In questa questione si deve innanzi tutto notare che la riapparizione più o meno regolare di alcune alterazioni è una proprietà comune a tutte quelle forme di pazzia che provengono da un certo stato di debolezza psichica e che ad esso conducono. Tutte le alterazioni psichiche provenienti da predisposizione morbosa, la pazzia degenerativa in senso ristretto, l'epilessia, l'isteria, e d'altra parte anche gli stati terminali della *dementia praecox*, mostrano la tendenza a scaricarsi di tempo in tempo in violenti fenomeni morbosi, in crisi, in accessi, in eccitazioni e simili. Talvolta le cause occasionali determinanti hanno qui una certa importanza, talvolta no, proprio come nelle cosidette psicosi periodiche. In alcuni casi la ripetizione è quasi regolare, specialmente nell'epilessia; per lo più però la periodicità viene disturbata in modo tale da influenze inapprezzabili, che noi non possiamo assodare altro che in generale la frequente ripetizione delle stesse alterazioni. In tutti questi casi però, e anche nell'epilessia, che tende del resto per lo più ad una regolata periodicità, si possono osservare dei casi in cui gli attacchi non si sviluppano con frequenza, ma poche volte o solo una volta durante la vita. Come noi ammettiamo, in questi casi sembra che il fondamento morboso sia poco accentuato, e il germe sonnecchiante della malattia raggiunge il grado di una alterazione psichica solo in circostanze particolarmente sfavorevoli. Malgrado ciò noi parliamo anche in questi casi eccezionali di stati epilettici, isterici, di pazzia coatta e simili, senza considerare come assolutamente decisivo per la diagnosi il frequente ripetersi dei fenomeni.

È invece decisivo per noi il *quadro morboso clinico* le cui svariate particolarità si lasciano collocare, senza difficoltà, nella cornice delle forme conosciute. Ora non si comprende perchè nelle cosidette alterazioni psichiche periodiche, non si dovrebbe prevedere nella stessa guisa. Innanzi tutto un ritorno esattamente periodico degli accessi si riscontra solo in un numero limitatissimo di casi. Da queste però una

schiera non trascurabile di passaggi graduali conduce alle forme con decorso affatto irregolare; noi vediamo molto frequentemente — ed a ciò io vorrei dare importanza speciale — che anche nella decisa periodicità, gli accessi si presentano, all'inizio della malattia o anche dopo una lunga durata di essa, con molta irregolarità, o mancano improvvisamente per una serie di anni. Con altre parole i casi che si presentano con grande regolarità si distinguono dagli altri solo per il grado e non per l'essenza dell'alterazione.

Considerazioni simili valgono per il numero degli accessi nei singoli infermi. Noi conosciamo dei casi in cui sono registrate molte dozzine di accessi in serie ininterrotta. Vi sono infermi con 6, 8, 10 accessi durante la vita che si susseguono con grandi pause. Se si ammette per queste forme che esse appartengano alla pazzia periodica, non si potranno escludere da questo quadro morboso quelle forme in cui si ha un attacco ogni 15-20 anni, in tutto cioè 3-4 durante la vita. Chi però potrà asserire che siano così stabiliti definitivamente i confini della « follia periodica »? Vi sono casi in cui gli accessi si succedono a distanza di 17-23 e perfino come io ho potuto riscontrare, di 32 anni; naturalmente qui il numero degli accessi si riduce a 2-3. Se qualcuno si ammala con intervalli così lunghi in età avanzata o se la pausa si prolunga ancora, può facilmente accadere che l'infermo non presenti un attacco successivo; facendo astrazione poi dalla possibilità che egli muoia in età relativamente giovane.

Come si vede, si potrebbero così spiegare benissimo i singoli casi eccezionali che presentano un solo accesso, anche quando si voglia ammettere che in questa forma morbosa, abbiamo da fare sempre con una assoluta periodicità. Ma siccome non può assolutamente trattarsi di ciò, e noi dobbiamo piuttosto parlare solo di una tendenza generale a frequenti ripetizioni, non abbiamo affatto bisogno di simili artifici. Quello che a noi importa è la *concordanza fondamentale e completa del quadro morboso clinico generale*. Fino ad oggi ci siamo sempre affaticati a limitare l'una dall'altra, la mania semplice da quella periodica per i caratteri morbosi, ma sempre invano, perchè questo confine è artificiale e sconosciuto alla natura. Come noi siamo in grado di riconoscere con sicurezza, dopo la necessaria esperienza clinica, che un dato caso morboso appartiene allo svariato circolo di forme della psicosi maniaco-depressiva, così ci è impossibile di indicare un carattere che ci permetta di distinguere l'attacco maniaco « semplice » da quello « periodico ». È evidente che qui non può esserci di aiuto il solo fatto della ripetizione; noi dovremmo altrimenti attendere in alcuni casi

30 anni e più prima di essere sicuri della nostra diagnosi. O si vuole arbitrariamente stabilire il punto, al di là del quale un accesso che si ripete non è più l'espressione di una pazzia periodica, ma è invece un nuovo accesso di mania semplice? Se ambedue queste malattie non fossero infatti essenzialmente uguali, dovrebbero almeno essere differenti nei casi con un solo accesso e presentare allora alcune particolarità che noi non riscontriamo negli altri casi. Finchè ciò non sia, ritengo giustificata l'opinione che si tratti in tali casi di una malattia *unica* che si ripete di regola, e senza eccezioni, più volte e talvolta anche molto spesso durante la vita.

I singoli accessi della psicosi maniaco-depressiva, come già si rileva dalla descrizione clinica, non sono uguali fra loro, ma possono presentare forme molto differenti. Noi possiamo qui innanzi tutto distinguere quei casi in cui tutti gli accessi mostrano almeno lo stesso tono emotivo, le cosidette manie e melanconie periodiche e quelle con un alternarsi di accessi maniaci e depressivi, cioè la pazzia circolare. Anche io precedentemente ho distinto questi tre circoli di forme, seguendo più la tradizione che la mia propria convinzione. Con l'andar del tempo ho acquistata la convinzione che tutti questi gruppi hanno solo una importanza subordinata. Fra la mania periodica e la pazzia circolare non è possibile segnare un limite preciso. Nella grande maggioranza delle manie si osservano, appena vi si rivolge l'attenzione, stati di depressione iniziali o terminali, che spesso durano solo pochi giorni e sono poco spiccati. Anche nel decorso della eccitazione si hanno di frequente ore o giorni di colorito interamente opposto, e infine si rileva abbastanza spesso che negli intervalli fra gli accessi maniaci si sono avute disposizioni d'animo lievemente tristi. All'incontro, agli stati di depressione segue spesso una spiccata allegria « reattiva », che viene di solito ritenuta dai medici e dagli ammalati come l'espressione della gioia per la guarigione; così come la « melanconia » reattiva dopo la mania, viene interpretata quale un fenomeno di esaurimento o di dolore per la malattia psichica superata. Durante la depressione noi osserviamo improvvisi stati di eccitazione, allegria transitoria, o veniamo a sapere che gli infermi prima o dopo si sono vestiti in modo da dar nell'occhio, hanno, contro la loro abitudine, preso parte a divertimenti, o sono stati eccitati o irritati. Importanza speciale hanno però gli stati misti, i quali ci insegnano nel modo più evidente che i quadri maniaci e quelli depressivi sono affini al più alto grado. Noi vediamo pure infinite volte stati in apparenza molto diversi trasformarsi immediatamente l'uno nell'altro. Per quel

che a me sembra e dunque inevitabile la conclusione che tutte le forme descritte di questo quadro morboso non sono altro che forme di fenomeni dello *stesso processo morboso fondamentale*, fra loro *equivalenti*, come lo sono le svariate specie dell'accesso epilettico.

Noi troviamo una conferma importante di questa tesi nel fatto che nello stesso caso possono insorgere differenti quadri morbosi. Si osserva bensì in generale che i singoli accessi presentano nello stesso infermo una certa somiglianza, che può qualche volta diventare una eguaglianza « fotografica ». Ma d'altra parte si ha non di rado occasione di vedere insorgere successivamente nello stesso decorso morboso una quantità degli stati qui descritti, dalla leggiera depressione e dallo stupore, attraverso i più svariati stati misti, fino all'ipomania ed alla grave mania con furore. Riguardo a ciò non mi è riuscito finora di trovare una qualsiasi legge costante. Specialmente un alternarsi perfettamente regolare dei periodi maniaci coi depressivi è relativamente raro. Molto più frequenti sono la successione irregolare o una forte preponderanza degli accessi di uno stesso colorito. In una intera serie di accessi maniaci si frammette una volta inaspettatamente uno stato depressivo o misto e viceversa. Per altro i caratteri clinici degli attacchi maniaci sono esattamente eguali, tanto se insorgono insieme agli stati depressivi, tanto se si manifestano da soli. Basandomi su tutte queste considerazioni e su tutti questi fatti, io non vedo la possibilità di distinguere la mania periodica sia in generale, che nei singoli casi, dalla pazzia circolare.

La questione è forse meno semplice riguardo alla malinconia « periodica ». Poichè vi sono senza dubbio dei casi con soli accessi maniaci, non bisogna respingere la probabilità che si abbiano delle forme morbose i cui accessi presentino tutti un quadro depressivo. In realtà vi è un gruppo non molto limitato di casi in cui noi osserviamo il ripetuto e talvolta anche il periodico ritorno di stati di depressione. Ma la difficoltà consiste in ciò, che gli stati di depressione sono molto meno caratteristici per la psicosi maniaco-depressiva che gli stati maniaci. Mentre noi riconosciamo senz'altro questi ultimi e possiamo fare, per lo più rapidamente, la distinzione che comunemente deve farsene dalle eccitazioni catatoniche e paralitiche, è invece incomparabilmente più difficile stabilire se uno stato di depressione appartenga o no alla psicosi maniaco-depressiva. Segnatamente la distinzione dalla melanconia, a cui io per ragioni già discusse in precedenza non posso negare un posto a sè, è per ora, nei singoli casi, spesso non attuabile.

Una parte delle « depressioni periodiche », se pure mi è permesso di chiamare così lo stato melancolico che si ripete più volte durante la vita, presenta i caratteri dei quadri morbosi circolari corrispondenti, ed è accompagnata specialmente dall'arresto del pensiero e della volontà e abbattimento emotivo. Di quando in quando noi constatiamo che dopo parecchi accessi depressivi se ne presenta improvvisamente uno maniaco. D'altra parte incontriamo anche forme con una impronta atipica, un lamentio lungo, monotono, ansioso, con lieve cattivo umore, e forte colorito psicogeno, stati di viva eccitazione con strane rappresentazioni ipocondriache e idee di persecuzione. La nostra conoscenza delle singole forme degli stati di depressione circolare è frattanto insufficiente a farci distinguere con sicurezza, nel singolo caso, se il quadro clinico si adatta o no a questa cornice. Per me è diventato man mano sempre più probabile che l'intero campo degli stati di depressione periodica sia strettamente affine alla psicosi maniaco-depressiva, se pure non vi appartiene senz'altro Quando la malattia insorge negli anni giovanili e si ripete quindi sempre nello stesso modo e con intervalli quasi regolari, è difficile allontanarsi da questo concetto. All'incontro sorgeranno molti dubbi in quegli ammalati, non rari, nei quali il primo accesso ha luogo nel periodo involutivo, per ripetersi poi solo una volta o due. Che anche in questi casi possa trattarsi di forme maniaco-depressive, è dimostrato dall'esperienza quando insorgono in tali condizioni indubbi accessi circolari. Io propendo perciò per l'opinione che anche gli stati di depressione ripetentisi in età avanzata, rappresentino manifestazioni della psicosi maniaco-depressiva. Certo nel primo accesso di questa specie sarà spesso difficile stabilire i confini colla melincolia. A me sembra pertanto che la nostra conoscenza di tutti questi stati non sia per ora sufficiente per permetterci la spiegazione completa dei rapporti clinici fra malinconia, depressione periodica e depressione circolare.

Noi siamo ancora interamente all'oscuro sulla *patogenesi* della psicosi maniaco-depressiva. Tanto la ripetizione frequente degli accessi, come il particolare alternarsi dell'eccitazione e dell'arresto, sono fatti assolutamente enigmatici. Noi possiamo solo notare che nel nostro sistema nervoso si alterna sui varii dominii la tendenza a decorsi periodici di processi di arresto e di eccitazione. Meynert ha cercato la spiegazione dell'alternarsi di stati opposti in alterazioni periodiche dell'innervazione vasomotrice. In seguito all'aumentata eccitabilità del centro vasale si avrebbe un aumento di tensione nell'intero campo delle arterie, con contemporanea anemia cerebrale come causa del-

l'umore depresso. E allora la deficiente nutrizione dello stesso centro vasomotore deve poi condurre ad una paralisi di esso, e quindi alla dilatazione dei vasi e all'iperemia del cervello, e lo sviluppo dell'eccitazione maniaca viene considerato come l'espressione di questa seconda fase. È indubitato che ad entrambi i periodi dell'attacco corrispondano alterazioni nel comportamento dello sfigmogramma; per altro l'ipotesi suesposta è basata su fatti ancora completamente ignoti. Oltre a ciò essa si dimostra assolutamente insufficiente dinanzi al fatto degli stati misti.

Le considerevoli oscillazioni del peso del corpo potrebbero anche qui far pensare a sconvolgimenti generali nel campo dei processi del ricambio materiale, ma le nostre cognizioni non sono assolutamente sufficienti per stabilire punti di vista utilizzabili. Io voglio ricordare qui come alcune volte gli infermi riferirono di aver sofferto accessi epilettiformi. Questo potrebbe forse indurci ad una teoria chimica, tanto più che ora sembra che si tenda, anche nella epilessia, che è anch'essa una malattia periodica, ad ammettere l'autointossicazione. Lange (1) ha descritto stati periodici particolari di depressione con arresto psichico, per i quali egli ammette una origine gottosa. Secondo la sua descrizione io sono certo, come Hecker, che egli si sia trovato dinanzi a forme leggere di psicosi maniaco-depressiva, il cui periodo maniacale gli è sfuggito. E che la gotta debba realmente formare una causa essenziale non è finora nè dimostrato, nè probabile; però potremo sempre attendere dalle ricerche sul ricambio materiale schiarimenti su questo argomento. Stegmann trovò nella « neurastenia periodica », che appartiene indubbiamente alla psicosi maniaco-depressiva, diminuzione della eliminazione di acido urico durante il periodo depressivo.

L'*inizio* della malattia è costituito frequentemente, forse più che nel 60 % dei casi, da uno stato di depressione, specialmente nel sesso femminile e nelle forme insorgenti nell'età giovanile. Il tono del primo accesso ora è semplicemente triste o ansioso, ora mostra uno stupore più o meno accentuato. A questo primo accesso, che decorre di regola con mitezza, segue forse nella metà dei casi una pausa; ma altrettanto frequentemente succede subito alla depressione una eccitazione maniaca, che conduce generalmente ad una guarigione provvisoria. Solo in un piccolo numero di casi la depressione ricomincia subito, per far poi di nuovo posto ad una eccitazione e così di seguito. Quando la ma-

(1) Lange, *Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenesis auf dem Boden der harnsauren Diathese*, deutsch von Kurella 1896.

lattia s'inizia con un accesso maniaco sembra di solito che subentri subito la remissione; la depressione e lo stupore seguono molto più raramente. L'attacco successivo o anche parecchi attacchi successivi sono spesso ancora maniaci, in modo che per lungo tempo può sembrare trattarsi di una mania periodica, finchè non si presenta inaspettatamente un accesso depressivo. Così pure possono ripetersi, con intervalli di pausa, parecchi accessi depressivi prima che si manifesti l'eccitazione maniaca. Nei casi che non presentano già nel primo accesso i due quadri riuniti, il modo di procedere più frequente è la continuazione di accessi della stessa natura. Anche nel decorso ulteriore della malattia il regolare alternarsi dello stato maniaco e di quello depressivo è piuttosto una eccezione. Invece non sono affatto rari i casi in cui la maggioranza preponderante degli accessi presenta un carattere eguale, mentre pochi o solo uno di essi appartengono all'altro circolo di forme. Spesso il regolare alternarsi si sviluppa dopo lunga durata della malattia, mentre nei primi tempi una sola specie di accessi si era presentata o aveva il sopravvento. Anche le forme miste e specialmente lo stupore maniaco si completano di solito, solo dopo ripetuti accessi.

La *durata* dei singoli accessi è assai variabile. Alcuni durano solo 8–14 giorni; noi vediamo perfino qualche volta che in questi ammalati l'umore triste o l'eccitazione indubbiamente patologici, possono durare solo uno o due giorni. Generalmente un attacco semplice suole durare 6–8 mesi. D'altra parte non sono rari i casi in cui un accesso dura 2, 3, 4 anni e un accesso doppio persista per un tempo doppio; ho visto perfino una mania che guarì dopo 7 anni ed un'altra dopo più di 10. Di solito gli accessi depressivi decorrono un po' più lentamente; pure i primi accessi sogliono solo relativamente di rado sorpassare la durata di alcuni mesi.

Quasi sempre si hanno intervalli liberi fra due accessi semplici o doppi. Anche la durata di queste pause mostra differenze notevoli e non ha, a quanto io vedo, relazioni determinate con la durata degli accessi stessi. Accessi leggeri possono ripetersi con frequenza, accessi gravi possono essere separati da lunghi intervalli e viceversa. All'inizio della malattia le pause durano generalmente alcuni anni, ma si possono estendere fino a 10 anni e più, fino al punto anzi che non si abbiano in seguito per tutta la vita se non uno o due accessi. Talvolta la durata degli intervalli è così regolare, che gli ammalati si presentano puntualmente al tempo determinato nel luogo di cura; generalmente però la malattia mostra la tendenza a decorrere successivamente con maggior

rapidità e ad abbreviare le pause, fino alla completa scomparsa di esse. Contemporaneamente la durata degli accessi sembra inoltre aumentare gradatamente. Così io vidi in una ammalata aumentare nel corso di 13 accessi la durata di questi da 3-4 mesi a 6-7, mentre gli intervalli diminuivano da 1 anno a 6-7 mesi. Del resto anche malgrado che la malattia duri da lungo tempo, un accesso può decorrere con inaspettata rapidità, specialmente nelle forme con lunghe pause.

Nel periodo di involuzione, gli intervalli sogliono diventare più brevi, per allungarsi poi di nuovo più tardi. In singoli casi si nota dopo i primi accessi avvenuti nell'età dello sviluppo, una pausa fino alla fine del 40.mo anno, epoca in cui la malattia si ripresenta, talora senza ulteriori interruzioni.

Talvolta la malattia si inizia con una serie determinata di accessi molto brevi e succedentisi assai rapidamente, di colorito maniaco o maniaco-stuporoso, ai quali fa seguito una pausa lunga, di parecchi anni. Questo accade particolarmente in un piccolo gruppo di ammalati giovani, e a quel che pare a preferenza di sesso femminile. Le singole fasi d'eccitazione durano spesso in tali casi soltanto pochi giorni, ma possono essere molto violente ed essere associate a profonda confusione. Solo una piccola minoranza, appena poco più del 4-5 %, è formata dai casi in cui la malattia, fin dal primo accesso, si svolge con un regolare alternarsi del tono sentimentale. Più volte io vidi insorgere la depressione in autunno per trasformarsi poi in primavera, « quando il succo cresce negli alberi », in eccitazione, corrispondendo così in un certo senso ai cambiamenti di umore, ai quali anche gli individui sani vanno soggetti al mutaro delle stagioni. Di regola si dovrebbe qui trattare di forme, decorrenti in modo assai lieve, di ipomania e di arresto semplice. Del resto anche dopo un decorso più lungo ed ininterrotto può presentarsi, occasionalmente, una lunga remissione.

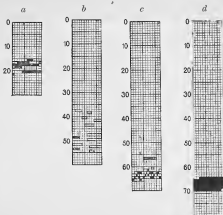
Le diverse specie di *decorso* della psicosi maniaco-depressiva, come esse vengono determinate dalla mutabilità della durata e del tono dei singoli accessi e dalla lunghezza degli intervalli, sono state, specialmente dal Falret e dal Baillarger, i quali ci hanno per i primi fatto conoscere questa malattia, suddivise in una serio di varietà cliniche: mania e melanconia intermittente, tipo regolare e irregolare, follia alternata, follia a doppia forma, follia circolare continua. Io mi sono convinto che simili sforzi per la divisione in gruppi debbono naufragare necessariamente a causa della mancanza di una regola fissa nella malattia. La specie e la durata degli accessi e degli intervalli non rimangono

sempre uguali nello stesso caso; vi possono essere al contrario molti cambiamenti, in modo che si dovrebbe ascrivere lo stesso caso sempre a nuove forme. Finora sono stati vani tutti i miei sforzi per trarre dalle particolarità di un caso qualche conclusione positiva per l'ulteriore conformazione del quadro morboso; forse si potrà riuscire un giorno, avendo grande materiale di osservazione, a stabilire alcune regole prognostiche, per quanto le influenze incalcolabili della disposizione personale e del modo di vita costituiranno sempre importanti fonti di varietà e di errori. Si può intanto dire che l'ipomania si collega il più di frequente con l'arresto semplice, mentre il profondo stupore succede facilmente alla grave mania furiosa. Disturbi psico-sensoriali e immagini deliranti sembra se insorgono, che possano accompagnare entrambi i periodi della malattia.

Per spiegare più esattamente le diverse specie di decorso della psicosi moniaco-depressiva, io ho presentato nella fig. 26, 1-3 un certo numero di casi. Le linee trasversali, divise in 12 parti, indicano i mesi: gli anni sono segnati gli uni sotto gli altri. L'epoca della nascita è indicata da un trattolino, le epoche maniache sono indicate semplicemente da una linea, le depressive sono segnate in nero, gli stati misti, quando erano chiaramente limitati, sono segnati da linee tratteggiate. Si abbracciano così con un solo sguardo gli accessi morbosi dell'intera vita. Certo la maggior parte dei casi non erano ancora terminati; io non posso neanche garantire la assoluta certezza di tutti i particolari, poichè è spesso molto difficile, conoscere con esattezza la specie e l'epoca precisa di accessi molto anteriori. Pure queste esposizioni dovrebbero essere sufficienti a spiegare le particolarità essenziali dei singoli casi.

I casi *a-d* ci mostrano innanzi tutto la diversità dell'età in cui la malattia può insorgere. In *a* il primo accesso, depressivo, ebbe luogo nel 16.° anno di età; ad esso seguì subito una serie di accessi di colorito variabile, finchè non si ebbe poi una pausa abbastanza lunga. Alla nuova depressione più tardi sviluppatasi, seguirono marcati stati misti della specie della mania con forte eccitazione e dell'arresto maniaco. Del resto si sono presentati spesso altre volte stati misti di diversissima composizione per lo più solo transitoriamente, in modo da non poter essere particolarmente riprodotti nella figura. Nel caso *b* la malattia comincia a 37 anni in forma di mania, che si conserva essenzialmente anche in seguito; solo due volte vi si frammettono accessi depressivi. Non si può parlare affatto di una precisa regolarità nel ripetersi degli accessi; essi si ripresentano ora di anno in anno,

ora con pause più lunghe, fino di 4 anni. Il caso *c* s'inizia a 47 anni nella forma di uno stato misto delirante con eccitazione ansiosa e disturbi psico-sensoriali, durato pochi giorni; un secondo accesso, interamente uguale, ha luogo 8 anni più tardi; un terzo, al quale fa seguito una comune depressione circolare, ancora 2 anni dopo. Solo a 61 anni appare la prima vera mania, dalla quale si sviluppa, mentre gli intervalli svaniscono a poco a poco, una follia circolare che decorre quasi regolarmente e che sussiste ancora oggi. Infine nel caso *d* noi vediamo presentarsi, a 64 anni, un semplice stato di depressione molto

Fig. 26. I — Modo di decorrere delle psicosi maniaco-depressive.

simile alla malinconia, il quale dopo aver durato circa 6 anni senza condurre a demenza, ha ceduto il posto ad una semplice ed indubbia eccitazione maniaca.

Già questi esempi, tolti senza una scelta speciale da un grande numero di osservazioni, ci hanno dimostrato che la qualità, la durata e il succedersi degli accessi offrono le più grandi diversità, e che non è possibile, a causa delle innumerevoli gradazioni, di segnare limiti in questa varietà. I seguenti diagrammi possono servire a rinforzare questo

concetto. Noi vediamo qui in *e*, dapprima un caso di pura mania, cosidetta periodica, con accessi brevissimi: facendo astrazione da singole ore di depressione si è osservato solo una volta un periodo depressivo; e naturalmente possibile che simili periodi siano, fuori della Clinica, rimasti inosservati. Anche qui gli accessi non hanno luogo regolarmente; essi si accumulano in due anni consecutivi, mentre prima e dopo sono più rari. Anche nel caso *f*. i periodi depressivi si riscontrano solo accennati. Gli accessi, quasi sempre puramente maniaci, hanno durata molto diversa e si succedono senza alcuna regola; gli intervalli oscillano da 1 a 5 anni. Un progressivo abbreviarsi delle pause, che si riscontra spesso e che si vede chiaramente nel caso *c* non ha qui luogo. Il caso

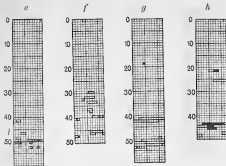



Fig. 26-2. — Modo di decorrere della psicosi maniaco-depressiva.

g ha anch'esso a preferenza carattere maniaco con brevissime frapposizioni depressive; qui vennero anche osservati stati misti molto passeggeri. Gli accessi maniaci sono molto lunghi; l'ultimo di essi dura circa 3 anni; ma accanto ad esso ne riscontriamo uno brevissimo. Particolarmente interessante è qui il breve accesso maniaco al 18.° anno, di cui le notizie non sono affatto sicure, poichè il malato non fu ricoverato in un Istituto. Il caso però corrisponderebbe perfettamente all'esperienza clinica, che cioè fra il primo accesso in gioventù e quelli successivi nella età dell'involuzione, si frammette spesso una lunga pausa.

Noi vediamo qualche cosa di simile nei due casi *h* e *i*, di cui l'ultimo, come *g*, è dato da una donna e il primo da un uomo. Certo qui il primo accesso, specialmente in *i*, ha luogo essenzialmente più tardi che in *g* e ad esso ne segue un secondo dopo brevissimo tempo. Poi noi osserviamo in ambedue i casi una pausa di 17-20 anni prima che si ripresenti un nuovo attacco. Il tono degli accessi è anche qui irregolare. In *i*, trascurando gli intervalli e gli stati misti, si potrebbe parlare di un regolare alternarsi degli stati; all'incontro in *h*, che all'inizio forma appunto il contrario di *i*, la successione della serie viene disturbata più tardi dal ripresentarsi di due accessi depressivi. Questa

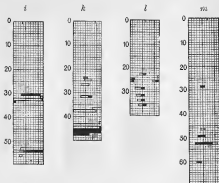



Fig. 26-3 — Modo di decorrere della psicosi maniaco-depressiva.

mancanza di regolarità è anche maggiormente evidente nel caso *k* sviluppato assai bene nelle sue particolarità. Mentre le pause fra i singoli gruppi di accessi hanno una durata abbastanza costante, si aggruppano fra loro accessi a contenuto ora uguale, ora differente; nello stesso tempo la durata degli accessi oscilla dentro limiti vastissimi. L'ultimo accesso depressivo, molto grave, dopo una durata di circa tre anni, era certo ancora molto lontano dal finire quando avvenne la morte dell'ammalato per tisi; l'accesso doppio è durato, malgrado ciò, circa 6 anni, mentre un doppio accesso precedente era scomparso dopo altrettanti mesi.

La ripartizione della mania e della depressione, la prima delle quali nei casi gravi, la seconda in quelli più leggeri conducono più spesso l'infermo nelle mani del medico, era già negli ultimi casi quasi regolare; noi vediamo in *l* presentarsi accessi doppi composti regolarmente ed omogeneamente; le pause oscillano da 1 a 3 anni. Questi accessi doppi, brevissimi, che noi abbiamo incontrato in forma simile nel caso *c*, che decorreva senza pause, ci dimostrano che qui, come nelle forme puramente maniache, la durata degli accessi varia dentro limiti molto vasti. Il caso *b* si distinse del resto per la straordinaria somiglianza tra loro dei singoli accessi, una particolarità questa che si potè osservare anche nel caso *e*, nel decorso ulteriore del caso *c* e nel caso *b*.

L'ultimo caso, *m*, è caratterizzato dalla preponderauza degli stati depressivi; solo una volta si ebbe per breve tempo una eccitazione mamaca, oltre ad uno stato misto in forma di eccitazione depressiva. Anche qui, dopo il primo accesso, all'età di 28 anni, si ebbe una pausa di 17 anni. Se anche qui l'ultimo resto del colorito maniaco venisse sostituito da una depressione, avremmo dinanzi il quadro morboso della depressione periodica, come all'altra estremità della serie incontreremmo quella della pura mania periodica.

A me premeva di esporre qui le varieta assolutamente senza regola del decorso di queste forme morbose, che si distingue essenzialmente dalla esposizione tipica in linee ondeggianti. Io non ho affatto scelto casi che decorrevano in modo speciale, al contrario ho dovuto cercare a lungo, fra le osservazioni a mia disposizione, prima di trovare almeno un decorso corrispondente all'andamento piu comune, quale è offerto dal caso *c*. Io ho preferito solo gli ammalati con molti accessi. Pure nel caso *d* noi vediamo presentarsi un solo accesso doppio in tutta la vita; è certo dubbio se l'ammalato di 71 anni, ma ancora robusto, potrà essere colpito da un altro accesso. Nel caso *g*, accanto all'accesso depressivo brevissimo e ad un altro simile, maniaco, si sono presentate solo due manie; in *i* possiamo contare 4 accessi fra i quali due doppi e negli altri casi il numero aumenta sempre più. Naturalmente anche qui io avrei potuto presentare esempi di tutte le gradazioni da un unico accesso maniaco o depressivo fino ad una continua serie di accessi; ma credo che i casi esposti saranno sufficienti a far comprendere chiaramente il mio concetto della unità clinica della psicosi maniaco-depressiva e della impossibilità di segnare qualsiasi limite artificiale.

Negli intervalli gli ammalati appaiono completamente sani. Forse dopo una depressione rimaniamo colpiti dall'aspetto particolarmente

fiorente e fresco del malato; dopo una mania dallo scoraggiamento e dalla svogliatezza che l'ammalato per lungo tempo non può vincere. Quando la malattia dura più a lungo o quando gli accessi si ripetono con frequenza, sogliono presentarsi piu chiaramente alterazioni psichiche anche durante gli intervalli. Se non è più possibile rilevare alcun carattere morboso spiccato, si deve spesso riconoscere una certa mancanza di libertà e di indipendenza, un animo oppresso, misantropo, « disperato », una grande facilità alla stanchezza, un grande bisogno di dormire e una diminuzione della forza di lavorare; al contrario eccitabilità, elevato sentimento di se, smania di disputare, incostanza, irritabilità. Spesso gli ammalati non si rendono completamente conto della estensione, della importanza della loro malattia. Essi convengono di essere stati eccitati o depressi, ma ne attribuiscono la colpa in gran parte a circostanze casuali, al modo di contenersi di chi li circondava, all'essere stati collocati nell'Istituto. Perciò non rammentano volentieri il tempo della loro malattia, evitano tutte le discussioni a questo proposito e schivano il medico, quando, piu tardi, lo incontrano per caso.

Durante gli intervalli sono straordinariamente frequenti accessi leggerissimi, solo accennati, la cui natura patologica può esserci rilevata solamente da una esatta conoscenza degli accessi più completi e principalmente dalla nozione dell'esistenza di questa malattia: gioia della vita improvvisamente risvegliatasi, insolito spirito d'intraprese, oblio delle preoccupazioni quotidiane, loquacità, sfrenatezza, eccitabilità, oppure umore triste senza ragione, raccoglimento, spesso inazione durante intere settimane e indifferenza, che vengono attribuite ad eccesso di lavoro, ad un'inquietudine o a cause simili che spariscono con la stessa rapidità con cui si sono presentate. Una delle mie malate durante un accesso ipomaniaco si fece derubare da una truffatrice; la famiglia spiegò naturalmente il cattivo umore che ne seguì con la delusione subita. Nelle donne, brevi eccitazioni si collegano facilmente alle mestruazioni.

Gli ammalati sentono l'avvicinare di un nuovo accesso, alcuni giorni o anche alcune settimane prima che comparisca, senza però rendersene chiaramente conto. Una delle mie ammalate faceva spesso, qualche tempo prima dello scoppiare dell'accesso, una visita senza scopo all'Istituto, durante la quale essa non offriva alcuna traccia di caratteri morbosi. Altri hanno il tempo, prima che l'eccitazione cominci, di provvedere alla propria casa e di recarsi volontariamente a farsi curare; uno di questi ammalati penetrò durante la notte nell'Istituto scavalcando un alto muro, dopo aver corso parecchie ore per arrivarci.

La *trasformazione* dei due periodi morbosi l'uno nell'altro si compie talvolta improvvisamente, nella notte. L'ammalato depresso, ad un dato momento, si sveglia contro la sua abitudine molto di buon'ora ed è maniaco; l'eccitato un giorno si sente stanco, abbattuto, paralizzato. Spesso, invece il cambiamento degli stati si vede prepararsi già da lungo tempo. L'espressione del viso ed il portamento dell'ammalato, fino allora depresso, diventano gradatamente più disinvolti, il suo occhio più vivo. L'appetito e la nutrizione aumentano. La pelle riacquista la primitiva tensione, i movimenti riprendono l'elasticità. A poco a poco egli diventa più accessibile, mostra maggiore interesse per quello che lo circonda, comincia ad occuparsi durevolmente, si sente meglio e più svelto, esprime la sua brama di libertà e di attività professionale « di primavera e di verde dei boschi », pensa ad uscire dall'Istituto e spesso fa per lungo tempo l'impressione di un convalescente. Una ammalata congedata scrisse in questo stato, di volere entrare come infermiera « ma solo nel riparto delle tranquille ».

La natura patologica dell'apparente miglioramento comincia spesso a rilevarsi fin da allora. « Io sto bene in modo non naturale » mi dichiarava una malata, morta più tardi per suicidio; essa si sentiva ringiovanita di anni, dormiva pochissimo, eppure era sempre svelta « così però non può proprio continuare ». Singole azioni portano forse già un'impronta maniaca, mentre nell'insieme preponderano ancora i caratteri dell'arresto. Io curavo un'ammalata che dopo una grave depressione, malgrado una completa lucidità, era appena in istato di pronunziare una parola, mentre fioriva fisicamente: sorrideva spesso, con meraviglia generale, distribuiva schiaffi improvvisamente e con grande rapidità. Una signora, tormentata ancora da gravi idee di persecuzione, afferrò tutto ad un tratto una contadina per ballare con essa intorno al tavolino. Un'altra nel passare, disperata, dinanzi ad un negozio di mode, ebbe l'idea di comprarsi un abito da ballo, e con grande meraviglia dei suoi parenti due giorni dopo l'indossò e comparve ad una festa dove aveva appunto detto di non volervisi recare. L'aumentata eccitazione guadagna sempre più il sopravvento. « Oggi è venerdì santo, ma in me è già Pasqua » scriveva una ammalata nel suo diario.

Molto notevole si mostra l'insorgere di immagini più liete nella seguente lettera di una ammalata di cui io ho più sopra riportato una auto-descrizione delle sue sensazioni ipocondriache. L'ammalata nello scrivere questa lettera a sua madre si trovava, malgrado un considerevole miglioramento fisico, in una condizione d'animo profondamente triste; essa si suicidò dopo breve tempo.

« Io desidero ardentemente voi e la vita, eppure sento di dover morire. E te ed i miei fratelli io amo più che la vita — che la ricca, bella, pura vita che tanto volentieri desidererei con voi, come dovrei — ed invece io vi procuro grandi pene. Oh non mi maledite, io sono ammalata e non sono degna di stare presso di voi; perdonatemi quello che vi ho detto — E oggi mi è così lieve sentire che mi addormenterò e tutto, tutto quello che vi è di maravigliosamente bello nella vita sta dinnanzi, riccamente e chiaramente, il vostro affetto ed il lavoro — e il giardino e i fiori ed il bosco. E il cortile dei tigli, quale esso era quando il tuo lavoro e la tua mano laboriosa ed il tuo occhio amante della bellezza lo adornavano mi stà dinanzi in vivi sogni come mai per il passato. E sai tu ancora come erano belle le sere d'estate sulla veranda: dove i due alti svelti abeti si innalzavano nel chiaro cielo della sera e l'uva selvaggia stendeva una cortina trasparente dalla cucina ad un abete e da questo all'altro, che il vento talvolta agitava leggermente. E la chiara, brillante luna guardava attraverso gli abeti. E noi sedevamo sulla veranda intorno a te vicino a noi rumoreggiava la cascata del mulino. E quando la sera il ratto faceva la sua passeggiata aerea sul fil di ferro dal magazzino delle frutta alla vasca dell'acqua e noi l'osservavamo e non sapevamo ancora che vagabondo notturno egli fosse, tutto ciò era così misteriosamente interessante e quando Francesco, con occhio sicuro, lo colpì con il suo fucile, questa fu una energica realtà. E particolarmente bello era allorchè le rose ed i gigli fiorivano e le lucciole brillavano e poi dietro il giardino il prato odoroso e al di là di esso il nostro piccolo bosco, dove noi facevamo i nostri giuochi di bambini, nei quali Francesco era sempre il temuto brigante! E quando le api ronzavano nei castani adorni di frutta — ciò era troppo bello per sedere là e sognare »........

Si osserva il miscuglio di sconforto con riboccante fantasticheria, o di espansione con ricordi poetici che richiama leggermente la fuga delle idee e il continuo, uso di « e » un'indizio questo dell'avanzare di sempre nuove immagini.

In modo analogo si compie la trasformazione opposta. Il peso del corpo, che, malgrado l'eccitazione, era aumentato negli ultimi tempi, comincia a diminuire di nuovo lentamente. L'affaccendamento scompare gradatamente, i grandi progetti vengono abbandonati; l'ammalato « non ha più il coraggio di prima », l'umore diventa più tranquillo, più serio, più fosco. Un giovane avvocato, che durante l'eccitazione aveva composto un lavoro per un premio, nella triste disposizione d'animo successiva non ebbe il coraggio di presentarlo. Fortunatamente l'eccitazione tornò in tempo ed egli vinse il premio. Qua e là insorgono singole considerazioni su speranze deluse, imprese mancate, tristi esperienze; i movimenti diventano più lenti, più flaccidi, senza forza; l'espressione del viso, rilasciata, cascante, l'occhio stanco, e anche gli altri fenomeni degli stati di depressione precedenti si ripresentano uno dopo l'altro. Nella figura 27 riporto la percentuale delle associazioni per assonanze durante uno di questi passaggi dalla mania alla depressione, secondo

le esperienze di Aschaffenburg. Le suddivisioni della ascissa corrispondono ciascuno ad un mese. Si vede qui chiaramente come con lo svanire dell'eccitazione maniaca, che al principio degli esperimenti durava già da più di un anno in forma gravissima, il numero delle assonanze diminuisce regolarmente per ritornare breve tempo innanzi al congedo del malato, che ebbe luogo nel dicembre 1895, completamente al normale. Già alla fine dello stesso mese si presentò una depressione straordinariamente profonda con gravissimo arresto, che rese allora impossibili gli esperimenti di assonanze. I due successivi

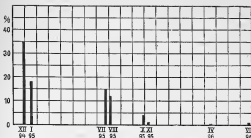



Fig. 27. — Rapporto percentuale delle associazioni di suono nello stato maniaco e nello stato depressivo

esperimenti nell'aprile del 1896 non fornirono alcuna associazione per assonanza, quella del luglio l'1 %. Il numero di esse dette così una immagine fedele dello stato generale psichico.

Per spiegare meglio tutti questi notevolissimi stati di animo, riporto qui un altro frammento della estesissima auto-descrizione fatta da un sarto, il cui padre si era suicidato, mentre egli stesso era stato preso già nel 14.° anno di età dalle prime depressioni che si ripeterono per alcune volte, ma durarono sempre soltanto poche settimane. Egli aveva allora la sensazione di soffrire di una malattia « congenita ».

« Mio fratello maggiore mi diceva spesso: Tu rimani seduto là come se sognassi. Egli aveva anche ragione, poichè la mia malattia è simile ad un grave sogno nello stato di veglia. Io già in questo stato all'età di 14 anni trovai la vita insopportabile ed ebbi fin d'allora idee di suicidio. Io era prima allegrissimo, poi tanto triste; questo impressionò i miei parenti che mi domandavano sempre: » Che hai ? » Mi dolgono la testa ed il cuore » dicevo io sempre, « giacchè quello che io sento in

essi non si può descrivere, nè dire ». Già dal primo apparire di questo male io avevo compreso che esso era una alterazione mentale, poichè io non potevo fare attenzione a nulla, mi mostravo inabile a qualunque cosa, nulla mi faceva piacere, neanche il denaro; infine risero di me, poichè io mi comportavo come se dovessi già morire; ogni volta mi pare di non poter sopravvivere a questi accessi. Invidiavo gli altri, quando li vedevo allegri; io mi tenevo sempre lontano dai divertimenti e quando, di tempo in tempo, dovevo andare con i miei camerati, rimanevo seduto, muto, poichè non potevo parlare che sconnessamente, come un balbuziente. In questo stato io non ho ancora litigato con nessuno; ogni volta mi si riteneva ragionevole e docile poichè io allora non ho nè volontà, nè ragione, sono un vero automa. Per quanto focoso sono di solito, altrettanto sono freddo durante la malattia. Ogni volta ho subito una trasformazione, come se fossi diventato un altro uomo; secondo la mia convinzione, è veramente così. Il passato mi ritorna alla mente; ogni errore da me commesso quando ero in buona salute, mi opprime. Nella malattia non potrei dire una bugia..... In principio facevo abiti, poi, quando la malattia diventò gradatamente più grave, dovetti adattarmi ai gilets..... Io ero di nuovo un principiante, ma non più un sarto..... Poi (a 24 anni, dopo molti accessi depressivi) mi sentii in uno stato particolare, non oppresso e incapace di pensare, ma precisamente l'opposto. Io ero allegro, esaltato; malgrado che io bevessi molto vino, non ero ubbriaco, poichè in questa eccitazione nessuna bevanda poteva nuocermi: all'incontro allo stato normale io posso sopportare poco l'alcool. Che bevessi molto o poco, era per me quasi lo stesso e quando bevevo molto più che d'abitudine, il giorno seguente non notavo le conseguenze dell'ebbrezza. In questo stato di eccitazione io non avevo alcuna considerazione per il denaro, poichè mi credevo conte, attore drammatico, ecc. .... Dopo poche settimane mio fratello mi portò all'ospedale, poichè io commettevo sciocchezze, andavo nelle trattorie senza denaro, ecc. Il lavoro è davvero un giuoco per me, ma il capo mi brucia forte se rimango seduto per parecchie ore. Mi misero in una cella da maniaci, una specie di stalla da maiali, dove rimasi 3 settimane; per 14 giorni restai senza sensi, poi fui condotto nella corsia dei malati, dove rimasi circa 4 settimane. Là dentro io avevo rotto tutto, stracciato anche..... Poco prima delle mie nozze fui ripreso da questa orribile malattia. Io venivo descritto dappertutto come un uomo tranquillo, serio; naturalmente non potevo parlar molto. Al mio matrimonio ero triste e credo che finora nessun uomo sia comparso all'altare in una tale condizione d'animo. Prima io davo lezione di taglio e durante la malattia potevo appena fare un vestito da modesto borghese..... Nel grave stato attuale io ho una cattiva memoria. Ricordo molto male i nomi. Anche se mi vien detto un nome semplice, il minuto seguente non lo so più. Io spesso desidererei di essere uno stupidissimo contadino, pur di non trovarmi nello stato presente. È davvero uno strano desiderio, ma ad un contadino importa sempre molto poco da dove vengano l'erba o il frumento. Durante la malattia io penso appunto a queste cose: desidererei indagare tutto senza che io lo voglia. Non ho volontà; non posso propormi nulla, nè eseguire nulla...... Nello stato di eccitazione sono più degli altri; io parlo con grandissima facilità. Tutto mi è facile, in breve io sono sventato; allora anche la vita mi sembra lieve, non penso al domani ».

Il decorso regolare dei passaggi graduali da uno stato all'altro ci colpisce spesso in alto grado. Fino nei minimi particolari della con-

dotta, del vestiario, della pettinatura, in tutte le inclinazioni e in tutte le avversioni suole estendersi la antitesi impressionante tra i due stati, in modo che si potrebbe credere di avere dinanzi due individui completamente diversi. Ciò risulta chiaramente dal paragone fra le fig. 1 e 2 dalla tavola X, che rappresenta la stessa ammalata una volta durante lo stupore e, poche settimane più tardi, durante l'eccitazione ipomaniaca, quest'ultima volta con un mazzo gigantesco sul petto ed un sorriso lezioso.

La curva 28 presenta i cambiamenti del peso del corpo in due accessi doppi di un'ammalata con ipomania e arresto semplice. Noi riscontriamo come il peso aumenti durante l'eccitazione e diminuisca

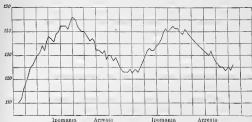



Fig. 28. — Psicosi maniaco-depressiva: Due attacchi doppii.

di nuovo, precisamente al presentarsi della depressione. Anche nel diverso comportamento della curva del polso, si vedeva in modo assai chiaro l'antitesi dei due periodi morbosi.

La *prognosi* della psicosi maniaco-depressiva è, per quanto riguarda il singolo attacco, favorevole. Da lungo tempo già si ritiene che esistano molte probabilità di guarigione, specialmente nell'eccitazione maniaca. In realtà anche dopo una durata lunghissima dell'eccitamento o della depressione, quando la diagnosi sia certa, si può sperare con grande probabilità in una guarigione completa. Non bisogna farsi ingannare specialmente dalla pigrizia mentale apparente, che spesso sussiste durante la mania o dopo grave mania con furore; essa è di solito solo l'espressione dell'arresto del pensiero e suole più tardi sparire completamente, sia pure con lentezza. All'incontro in ogni caso che abbia i caratteri della frenosi maniaco-depressiva, noi dobbiamo ritenere molto probabile che il primo accesso non sarà l'ultimo, ma che la malattia si ripeterà più volte ed anche frequentemente. Disgraziata-

mente finora non possiamo prevedere neppure approssimativamente l'epoca di queste ripetizioni, a meno che esse non abbiano manifestata una certa regolarità. Certo in generale si dovrebbe, nei casi insorgenti molto presto e senza motivi esteriori, calcolare su frequenti ripetizioni degli accessi con brevi pause. Quando invece il male si presenta solo più tardi ed in seguito a lesioni profonde, p. e nel puerperio, gli accessi successivi sogliono essere meno numerosi. Nel climaterio bisogna essere preparati al ripetersi degli accessi; le forme che si presentano solo in questa età, mi sembra che abbiano una certa tendenza ad un lungo succedersi di accessi alternati. La prevalenza di stati misti marcati dovrebbe indicare, in generale, una forma grave della malattia.

Anche quando la malattia dura molto a lungo non si sviluppa una vera demenza se gli accessi stessi decorrono in forma mite. Anzi vi è un gran numero di tali ammalati che possono compiere, negli intervalli, ottimi lavori intellettuali. Kahlbaum ha contrapposto sotto il nome di « ciclotimie » queste forme più leggere della malattia a quelle più gravi, che conducono alla demenza e che egli indicò col nome di « Vesania typica circularis ». Io non trovo giustificata una simile separazione fondamentale, tanto più che nel medesimo decorso morboso vediamo molto facilmente insorgere consecutivamente accessi leggeri e accessi gravissimi. Vi è anche un discreto numero di ammalati i quali vanno soggetti a violenti, ma rari accessi maniacali e che non mostrano alcuna diminuzione delle loro facoltà intellettuali. È però esatto che specialmente accessi morbosi frequenti, gravi e di lunga durata, non mancano di esplicare col tempo un'influenza nociva. Questi ammalati infatti durante gli intervalli sono riflessivi, orientati, conservano una discreta memoria, ma infine essi diventano permanentemente privi di critica, eccitabili, il loro umore varia in modo straordinario, oppure essi si mostrano ottusi, indifferenti, senza volontà. Di regola si tratta qui di infermi nei quali la malattia è cominciata nell'epoca dello sviluppo, mentre le forme che insorgono più tardi decorrono in generale più leggermente.

In singoli casi le alterazioni maniache leggere, che aumentano solo di quando in quando, sembra possano persistere per lunghissimo tempo, anche per diecine di anni. Si è qui parlato con un certo diritto di una « mania cronica ». Di regola non si tratta qui di uno stato di debolezza rimasto dopo una grave malattia, ma di forme con decorso sbiadito con intermissioni incomplete. Ad un esame anamnestico più accurato è possibile di circoscrivere approssimativamente singoli periodi con eccitazione più grave; nello stesso modo si trovano spesso, se non

sempre, accenni di depressione o di stati misti. Oltre a ciò risulta che gli ammalati, anche negli intervalli più liberi, hanno mostrato alterazioni maniache più o meno chiare, condotta strana, incostante, indole vanagloriosa, eccitabilità, smania di far progetti, senza capacità ad un lavoro ordinato e durevole. Questa « manìa costituzionale » come io preferirei chiamarla, forma l'ultimo anello di una lunga catena di gradazioni, al cui capo opposto si trovano i casi con un solo attacco maniaco durante l'intera vita senza altre alterazioni psichiche. Essi conducono senza limiti precisi nel campo delle personalità patologiche. Siccome i singoli accessi di eccitazione maniaca possono durare molti anni per far poi posto a depressione o ad intervalli completamente liberi, la diagnosi della mania costituzionale è naturalmente possibile solo quando si ha una conoscenza precisa dell'intera vita del malato.

A me sembra che noi abbiamo da registrare una serie assolutamente corrispondente di gradazioni anche per gli stati di depressione. Noi conosciamo a sufficienza ammalati con singoli accessi maniaci, quali negli intervalli rimangono durevolmente timidi, oppressi, difficili a risolversi. Questa tendenza suole manifestarsi anche più chiaramente negli stati di depressione periodica. « Io ho portato la malinconia con me al mondo » mi diceva una di queste ammalate. Infine noi incontriamo casi nei quali i singoli accessi di depressione si presentano senza una delimitazione più precisa, solo come un peggioramento occasionale ed irregolare di una depressione costituzionale. Precedentemente io ero inclinato ad assegnare a queste forme un posto a parte, ma ora credo probabile che almeno un determinato gruppo di esse, come la mania costituzionale, appartenga alle forme sbiadite della follìa maniaco-depressiva, le quali però trasformano durevolmente l'intera personalità psichica. Di tempo in tempo, ma in apparenza molto più raramente che nelle forme maniache corrispondenti, è possibile osservare accenni del quadro morboso opposto.

La prognosi della frenosi maniaco-depressiva viene in certo modo turbata dai rapporti di essa con l'*arterio-sclerosi*. Io ho spesso richiamato l'attenzione sul fatto che la malattia non di rado si sviluppa solo nel periodo involutivo e spesso anche nell' età avanzata, talvolta appunto dopo un attacco apoplettico. D'altro lato vi sono numerose osservazioni le quali depongono per l' insorgere precoce in questi ammalati di alterazioni arterio-sclerotiche. Per ora non ci possiamo formare una idea chiara di questo rapporto. È possibile che le forti e frequenti oscillazioni della pressione sanguigna e della innervazione vasale che si presentano nella malattia, rappresentino per i vasi una causa di al-

terazioni. Se si propende piuttosto per una causa chimica si può pensare che quello stesso veleno che produce il cambiamento degli stati psichici, alteri anche le pareti vasali, proprio come noi ci rappresentiamo la relazione fra le alterazioni vasali sifilitiche paralitiche e le malattie corticali corrispondenti; solo in tal modo diverrebbe comprensibile l'insorgere di accessi circolari in una preesistente arterio-sclerosi. Abbiamo già detto che per questo concetto anche gli accessi epilettici, più rari, ma pure talvolta osservati, non sarebbero senza importanza. Io vidi un ammalato di 52 anni, che non era bevitore nè sifilitico, morire improvvisamente di un attacco apoplettico dopo molti gravi accessi epilettici, nel 15.° anno di una follia maniaco-depressiva. Solo nelle ultime settimane della sua vita si manifestarono chiaramente i caratteri dell'arterio-sclerosi; anche sua madre era morta di apoplessia.

Quando nel decorso di una psicosi maniaco-depressiva si presentano alterazioni arterio-sclerotiche, o, come talvolta accade, alterazioni analoghe gravi, possono svilupparsi stati di debolezza psichica che offuscano il quadro morboso originario. Io ho più volte veduto come ammalati, i quali avevano superato una serie di accessi senza riportare alterazioni considerevoli della loro capacità psichica, siano divenuti nell'età più avanzata dementi e proprio nella forma nota della demenza arterio-sclerotica o senile. Siccome d'altra parte conosciamo numerosi casi in cui ammalati maniaco-depressivi, malgrado l'età avanzata, non sono colpiti da indebolimento mentale, dobbiamo riferire l'insorgere di una demenza notevole al sopravvenire di una malattia nuova, più o meno indipendente.

La *diagnosi* della psicosi maniaco-depressiva è facile in quei casi nei quali vi è appunto stata una serie di accessi simili o alternati. È però sempre da notare che anche nella paralisi progressiva e nella *dementia praecox* può aversi un simile alternarsi di eccitazione e di depressione o di stupore. Per la distinzione, in simili casi bisogna tener conto degli speciali caratteri clinici degli accessi stessi, dei quali caratteri abbiamo precedentemente parlato. Altrettanto si deve fare per la distinzione dalla malinconia e dall'amenza.

Le forme più leggere e leggerissime della psicosi maniaco-depressiva si confondono insensibilmente con alcune particolarità patologiche personali, che si presentano come oscillazioni più o meno regolari nella disposizione emotiva, nella interpretazione della vita e nella condotta. Le epoche di depressione immotivata o di impetuosa sfrenatezza possono venir considerate per lungo tempo come semplici capricci e messe in relazione con ogni sorta di cause. Questi casi, che forse non capitano

nelle mani dello Psichiatra, vengono creduti spesso, come HECKER ha giustamente messo in evidenza, neurastenia, isteria, ipocondria, poiche gli ammalati sono ritenuti individui sani durante il tempo della mania. Pure nella depressione che li spinge a recarsi dal medico, essi hanno molto spesso un senso chiaro della morbosità dell'eccitazione che essi talvolta temono assai. Generalmente riesce dunque facile lo scoprire il cambiamento degli stati e il ritorno dei singoli periodi, e con ciò riconoscere la natura del male che ci sta dinanzi. La semplice incapacità a risolversi che si manifesta senza motivo, è così particolare da fornire il mezzo più acconcio per la interpretazione dello stato. Questi casi sono straordinariamente frequenti e si trovano dappertutto nei sanatorii, dove sono sottoposti alle cure più diverse. Se la cura viene eseguita proprio nell'epoca del cambiamento dell'umore si ottiene un brillante successo. Del resto si può qui venir sorpresi da un grave accesso, quantunque di solito la vita trascorra in un continuo alternarsi di ogni sorta di stravaganze e di un supposto pentimento di esse, di una mania febbrile di intraprese e di sofferenze causate apparentemente dall'eccesso di lavoro.

Molto più difficilmente che dal decorso complessivo, si riconosce la psicosi maniaco-depressiva da un singolo accesso, e specialmente dal primo. Parecchi Psichiatri ritengono tale diagnosi impossibile. Io credo al contrario di poter asserire senz'altro che tutti i veri accessi maniaci sono solo forme fenomeniche della malattia qui descritta. Anche qui vi sono forme la cui manifestazione si allontana così poco da quanto accade nell'individuo sano, da essere giudicata con giustezza solo dal medico esperimentato. « Essa viene ritenuta dalle persone che non la conoscono, soltanto come allegra » ci scrisse l'intelligentissima madre di una di queste ammalate. Ci serve qui sempre come regola la circostanza che l'aumentata attività e l'irrequietezza non esistevano fin dalla gioventú, ma erano comparse solo ad un certo momento della vita, o anche avevano esistito più volte ed erano poi sempre sparite.

Questo criterio fallirà solo nelle forme costituzionali, sebbene anche qui sia di regola dimostrabile un chiaro peggioramento dello stato, o un cambiamento di esso a colorito opposto. Tali ammalati che spesso sogliono trovarsi in opposizione con l'ambiente e con l'ordine pubblico, vengono ritenuti in generale cattivi soggetti, individui capricciosi, spesso pazzi morali. Facendo astrazione dalle già menzionate oscillazioni e trasformazioni dello stato, anche il quadro clinico è adatto a condurci ad un concetto esatto: umore durevolmente fiducioso, ec-

citabilità, mancanza di scopo, soverchia attività, viva eccitabilità emotiva, assenza di intenzioni delittuose.

Agli stati di *eccitazione isterica,* ai quali fanno pensare talvolta i fenomeni, mancano la fuga delle idee, il colorito esaltato dell'umore e la grande deviabilità dell'attenzione. L'eccitazione si collega più a cause determinate e si presenta in forma di singoli scoppi emotivi, contrariamente al generale impulso all'azione della mania. Inoltre l'eccitazione isterica scompare talvolta dopo breve durata prontamente e completamente, mentre anche le forme più lievi dell' accesso maniaco durano incomparabilmente più a lungo e tornano solo a poco a poco allo stato d'equilibrio.

Molti degli stati tanto maniaci che depressivi qui descritti, vengono ancora chiamati « paranoia acuta ». Non è necessaria alcun'altra spiegazione per comprendere che tale concetto preclude la via giusta per la prognosi. Anche Bleuler, che ha descritto questi quadri morbosi come *delirii periodici,* fa notare che qui si tratta soltanto di forme della psicosi maniaco-depressiva. Di regola l'aumentata deviabilità, la leggiera fuga delle idee, l'umore marcatamente elevato, la loquacità, l'impulso all'azione o l'arresto del pensiero, la perdita di ogni speranza, la incapacità a risolversi, o infine un miscuglio di questi caratteri morbosi dimostrano ben presto che le idee deliranti, in apparenza « paranoiche », hanno un significato completamente diverso. Certo quei fenomeni concomitanti possono talvolta venire riconosciuti solo ad una osservazione molto accurata. Io mi sono imbattuto in alcuni di questi casi, i quali forse non appartenevano alla psicosi maniaco-depressiva, ma certamente neanche alla paranoia. Si trattava di donne di età media o avanzata, nelle quali gli stati di eccitazione a tono maniaco più o meno chiaro, con insensate idee di grandezza e di persecuzione, si sviluppavano senza causa esteriore. Sussistevano regolarmente grande deviabilità, fuga delle idee, tendenza alle rime, ad abbondante favoleggiare, a scherzevoli scambi di persone. In un caso predominò per lungo tempo un'eccitazione angosciosa, con continue grida e lamenti, che si cambiò poi in uno stato d'animo a metà irritato, a metà umoristico. Un'altra volta singoli giorni tristi si frammisero all'umore altrimenti molto elevato. Le ammalate erano coscienti; si rendevano conto dell'ambiente, ma scambiavano le persone e le chiamavano in modo scherzoso, vantavano origine ragguardevole, grande ricchezza, si lamentavano di avvelenamenti, di insulti, di influenzamenti sessuali. L'eccitabilità era molto aumentata, appena noi ci occupavamo delle ammalate, esse in breve tempo diventavano di una loquacità estrema che finiva abitualmente in insulti senza misura. Il

modo di comportarsi era teatrale, affettato, i discorsi ampollosi e confusi. Nei momenti più calmi le ammalate mostravano tendenza e capacità ad occuparsi È possibile che qui, malgrado le strane rappresentazioni deliranti che esistono durevolmente anche nella calma, si tratti di quadri morbosi particolari della psicosi maniaco-depressiva, con cui essa s'inizia, dura ora in un caso già da 10 anni, in un altro da 6-7 abbastanza uniformemente, in modo che l'interpretazione e l'esito sono diventati per me dubbi.

Casi decorrenti lentamente con alterazioni dell'umore e della volontà poco marcate, ma con rappresentazioni deliranti manifeste possono venir considerati come *paranoia cronica;* uno di questi casi è stato per me anche molto istruttivo. Appena si presentano i caratteri di una depressione durevole e indipendente o di un'eccitazione, anche se essi sono lievemente accennati, bisogna abbandonare la diagnosi di paranoia malgrado una netta sistematizzazione delle immagini deliranti: anche il più rapido sviluppo del male parlerà contro la paranoia.

Non di rado ammalati maniaci, talvolta perfino ammalati con arresto psichico, vengono creduti *dementi* anche se la loro malattia era stata conosciuta con esattezza. Come abbiamo già detto, un tale giudizio è estremamente incerto finchè vi sono caratteri chiari di mania o di depressione. Io osservai un'ammalata che per parecchi mesi non fece che ridere stupidamente tra sè, urtando tutto al più di tempo in tempo la sua vicina; la consideravo come una demente, ma dopo la sua guarigione essa si mostrò straordinariamente intelligente, ben educata e di sentimenti delicatissimi. Un altro ammalato fece per più di un anno, a causa della sua mancanza di intelligenza e della completa incapacità di pronunziare una parola, l'impressione di un individuo divenuto interamente demente, finchè a poco a poco migliorò e si mostrò vivace ed allegro, per quanto di talento moderato. La mancanza del negativismo, del manierismo, dei disturbi psico-sensoriali, la accessibilità e la influenzabilità possono in simili casi preservarci dall'ammettere una vera demenza, che, di regola, potrebbe essere solo catatonica.

A queste conclusioni erronee si giunge principalmente in alcuni stati misti e in ispecie nella mania con povertà di idee, che spesso viene ritenuta « imbecillità con eccitamento ». Da ciò ci preservano i caratteri della fuga delle idee, la smemoratezza degli ammalati e le loro azioni furiose accanto ad una minima irrequietudine. Lo stupore maniaco può venir creduto facilmente catatonico. Però gli ammalati non sono negativisti. La resistenza che essi talora oppongono è determinata da un umore stizzoso, eccitato, che si manifesta poi anche in azioni

violente o in iscoppi di invettive. Gli ammalati apprezzano l'ambiente molto di più, si lasciano influenzare chiaramente nelle loro azioni dai discorsi persuasivi e dalle circostanze, contrariamente alla ottusa e passeggera indifferenza dei catatonici. Le loro espressioni occasionali mostrano grande povertà di idee, ma non la stereotipia e la insensata mancanza di relazione dei catatonici. Le eccitazioni inoltre conducono qui ad azioni che hanno uno scopo spesso scherzoso ed adatto alle circostanze, mentre là noi abbiamo da fare con uno stimolo al movimento senza scopo, impulsivo, frequentemente uniforme. I tormentosi stati di eccitazione di questi infermi dimostrano come appartengano al circolo di forme maniache per il grande divagare e la fuga delle idee; inoltre essi formano per lo più lo stato di passaggio fra la mania marcata e la depressione, e così la loro giusta interpretazione viene facilitata. Altrettanto si dica per la eccitazione depressiva. Qui si dovrà considerare anche la deviabilità, il sollecito calmarsi in seguito a discorsi persuasivi, la sproporzione fra la viva eccitazione e la profondità minima dell'umore depresso, infine la tendenza a osservazioni occasionali scherzose o pungenti. Anche le altre svariate forme degli stati misti sono, malgrado la diversità esteriore, caratterizzate sempre dall'esser esse ognora composte dalle medesime alterazione fondamentali più sopra esattamente esaminate.

Non vi è un *trattamento* causale della psicosi maniaco-depressiva, la quale ha profonde radici nella personalità. In vista della influenza sovente indubbia delle cause nocive esterne, può ritenersi probabile che un sistema di vita molto regolato, in condizioni favorevoli e specialmente evitando l'alcool, abbia, per gli individui minacciati, una certa azione profilattica. Anche nella vita tranquilla dell'Istituto si vedono spesso decorrere gli accessi in modo relativamente mite. Noi non sappiamo ancora fin dove sia possibile reprimere al suo insorgere, l'accesso. Kohn ha incominciato esperimenti di questa specie, segnatamente per le forme con accessi brevi, succedentisi con rapidità, nei quali si può prevedere con una certa esattezza il sopravvenire di un nuovo peggioramento. Egli raccomandò particolarmente grandissimo somministrazioni di sale di bromo. Se ne danno 12-15 gr. al giorno, cominciando, quando è possibile, già alcuni giorni innanzi all'atteso scoppio dell'accesso, del quale si debbono osservare con attenzione i primi accenni. In fatti si riesce talvolta ad impedire che la eccitazione si presenti. Dopo trascorsi i giorni maggiormente pericolosi, si diminuisce gradualmente la dose del rimedio, per aumentarla di nuovo fino alla quantità indicata, all'avvicinarsi dell'accesso seguente e così di seguito.

Recentemente Hitzig ha raccomandato in alcuni casi l'uso di iniezioni di atropina; ma il successo sembra abbastanza incerto.

L'insorgere di accessi morbosi durante la gravidanza e durante il puerperio ha condotto talora al tentativo di abbreviare l'accesso o di impedirne lo scoppio procurando l'aborto artificiale. Le osservazioni che io potei fare sotto questo riguardo non furono incoraggianti. L'anello viene e decorre come di solito. Tutto al più si potrebbe in questi casi pensare a precauzioni per evitare la gravidanza, ma queste per se stesse, anche dal punto di vista psichiatrico, non sono del tutto prive di pericolo: d'altra parte noi vediamo abbastanza spesso come senza alcuna regola, nella stessa donna, durante il decorso della gravidanza, una volta si presenti un accesso di follia maniaco-depressiva, un'altra no. Perciò non possediamo alcun punto di appoggio per stabilire la entità del pericolo nel caso determinato.

Il trattamento dell'eccitazione maniaca richiede innanzi tutto l'allontanamento, per quanto è possibile, degli stimoli esteriori. Per seguire questa prescrizione è utile il collocamento in un Istituto, del quale si può fare a meno nelle forme lievi, quando la limitazione della libertà venga mal sopportata e il malato non abbia tendenze pericolose. Siccome sappiamo inoltre che l'eccitazione aumenta sempre più con l'attività, cercheremo di limitare per quanto è possibile l'impulso al movimento e terremo in letto gli ammalati finchè sono irrequieti, il che è da consigliare insistentemente in ispecie nei casi con debolezza fisica e sanguificazione deficiente. Nell'eccitazione grave è raccomandabile il bagno a permanenza, che può essere indicato qui come il mezzo specifico di cura. La sua azione benefica e tranquillizzante è straordinariamente sorprendente. Tutti gli inconvenienti tanto temuti, l'isolamento, l'insudiciarsi, il distruggere, la violenza, possono con questa misura evitarsi interamente o quasi, e si può fare a meno di tutti gli altri narcotici e calmanti quando si possono continuare i bagni anche durante la notte; altrimenti si deve di tempo in tempo ricorrere alla paraldeide, al trional, o al sulfonal. Nella debolezza cardiaca sono alcune volte indicate prudenti somministrazioni di caffeina o di digitale. Quando l'eccitazione è diminuita, la cura dei bagni può venir continuata, anche con intervalli di soggiorno all'aria aperta.

Attenzione speciale deve rivolgersi alla nutrizione degli ammalati, la quale soffre spesso a causa della loro irrequietezza. Bisogna porre loro dinanzi spesso un cibo abbondante e facilmente digeribile ed alcune volte bisogna con grande pazienza imboccarli. Nei casi gravi è consigliabile di far pesare gli ammalati ogni giorno per giudicare

esattamente dello stato della nutrizione e per potere, in caso di bisogno, ricorrere a tempo alla nutrizione con la sonda.

Il trattamento psichico del pazzo nello stato del cosidetto furore deve naturalmente aver riguardo alla sua eccitabilità. La moderata allegria, il conformarsi scherzevolmente, al momento opportuno, al suo umore gaio, l'adattarsi prudente e paziente, facilitano infinitamente i rapporti con l'ammalato e lo rendono spesso docile e buono, anche se egli, in mani inabili, si sarebbe mostrato pericoloso e intrattabile. Al sopraggiungere della calma deve porsi speciale attenzione ad evitare gli stimoli esterni e gli eccitanti in genere. Notevoli difficoltà insorgono quando si tratta di stabilire l'epoca del licenziamento, poichè gli ammalati sono molto spesso impazienti e cercano tutti i mezzi per uscire. Anche ammalati completamente calmi possono in libertà, e specialmente sotto l'influenza dell'alcool, ricadere subito nell'eccitazione e commettere atti pericolosi. Il punto d'appoggio più sicuro per giudicare lo stato è dato anche qui dal peso del corpo.

Negli stati di depressione si suole far uso di oppio, morfina, sali di bromo; qualche volta anche di narcotici, di bagni vespertini con abluzioni fredde, occasionalmente di un prudente massaggio; a ciò si aggiunge un nutrimento sostanzioso, il mantenere regolare l'alvo, il riposo in letto con un regolato soggiorno all'aria libera e infine una accurata sorveglianza a causa del pericolo di suicidio, specialmente nel periodo di passaggio dalla eccitazione alla depressione.

Il trattamento psichico si dovrà essenzialmente limitare a tener lontani gli stimoli emotivi. Debbono evitarsi per quanto è possibile le visite dei parenti, le lunghe conversazioni, le lettere, le questioni di affari. Le parole di conforto rimangono nell'acme della depressione senza effetto; più tardi, quando l'umore si rasserena, la loro utilità appare più grande di quello che sia in realtà. Nei casi leggeri gli ipnotici possono riuscire vantaggiosi contro le sensazioni spiacevoli, l'insonnia e l'abbattimento consecutivo. È da consigliarsi grande prudenza riguardo all'allontanamento dall'Istituto degli ammalati depressi. La tendenza al suicidio suole, non durante lo stato di grave arresto, ma appunto al diminuire di esso, spingere all'attuazione finchè seguita a sussistere l'umore triste e disperato. Spesso questi ammalati sanno con grande abilità celare al medico gli ultimi residui del loro triste stato d'animo, per poter poi mettere in esecuzione con maggiore sicurezza il progetto da lungo tempo premeditato.

X. *La Paranoia* (1).

Un grande numero di psichiatri tedeschi comprendono sotto il nome di paranoia tutte quelle psicopatie funzionali nelle quali l'alterazione si svolge principalmente. o esclusivamente nel *dominio dell'intelligenza*. Perciò l'insorgere di idee deliranti e di fenomeni psico-sensoriali è considerato come carattere essenziale di questa malattia. La causa essenziale di questa confusa determinazione del concetto della paranoia si rileva nella storia di questa forma morbosa. Secondo le vecchie dottrine di Griesinger, la paranoia seguiva *sempre* ad una precedente alterazione psichica affettiva. Solo le ricerche di Snell, di Westphal, di Sander, hanno condotto a riconoscere in generale una forma « primaria » della paranoia. Sotto l'impressione di questo innegabile progresso si giunse a collocare la nuova forma morbosa come malattia primaria dell'intelligenza, in contrapposto alla mania ed alla malinconia, nelle quali le alterazioni essenziali si scorgevano nel campo della vita emotiva. Le oscillazioni affettive, osservate occasionalmente nella paranoia, dovevano aver luogo solo « secondariamente », causate da immagini deliranti o da disturbi psico-sensoriali, proprio come il presentarsi di alterazioni mentali nelle malattie affettive si credeva potesse essere solo un fenomeno consecutivo dello stato d'animo primitivo allegro o triste. Era perciò di grande importanza per la diagnosi sapere, nei singoli casi, se il punto di partenza dei fenomeni morbosi era costituito dalle alterazioni affettive o da quelle dell'intelligenza.

Particolarmente nociva all'ulteriore sviluppo della psichiatria clinica in questo campo fu la possibilità, brevemente accennata per il primo da Westphal, di un decorso *acuto* della paranoia, con esito in guarigione (2). Le ultime conclusioni di questa dottrina sono state tratte, recentemente, da Cramer e da Ziehen. Con lo spostamento del concetto originario, il quale comprendeva solo stati cronici, inguaribili, la concezione puramente sintomatica del quadro morboso prese un

---

(1) Snell, *Allgem Zeitschr. f. Psychiatrie*, *XXII*, 368; Griesinger, *Archiv. f. Psychiatrie*, *I*, 148; Sander, *idem* 387; Westphal, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie XXXIV*, 252; Mercklin, *Studien uber primäre Verrüchtheit*. 1879; Amadei e Tonnini, *Archivio italiano per le malattie nervose*, 1884, 1, 2; Werner, *Die Paranoia*. 1891; Schule, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, *L*, 1 u 2; Cramer, *idem*, *LI*, 2; Sandberg, *idem*, *LII*, 619.

(2) Köppen, *Neurol. Centr. XVIII*, 434.

eccessivo sopravvento. Poichè il decorso e l'esito della malattia non potevano più servire di regola, appunto il disturbo dell'intelligenza, l'insorgere di idee deliranti o di disturbi psico-sensoriali rimanevano i soli segni palpabili della paranoia. Una serie di quadri morbosi dovettero allora necessariamente essere ascritti alla paranoia, mentre essi, dal punto di vista clinico, non offrivano più la minima reale comunanza con la forma morbosa, quale essa era stata originariamente descritta; così l'amentia, il delirio alcoolico, e numerosi altri quadri morbosi, appartenenti indubbiamente alla *dementia praecox* o alla psicosi maniaco-depressiva. E si parlava perfino di una paranoia periodica!

Non è necessaria una speciale spiegazione per dimostrare come io debba ritenere completamente errato questo modo di concepire la questione sulla paranoia. In esso noi rileviamo con evidente chiarezza l'errore fondamentale della nostra psichiatria clinica degli ultimi decenni, la delimitazione *puramente sintomatica* delle forme morbose, basata su ipotesi ricercate. L'antitesi, considerata fondamentale, fra le alterazioni dell'intelletto e quelle dei sentimenti è psicologica, ma non è assolutamente clinica. Nei quadri morbosi veri noi le vediamo collegarsi insieme in modo indeterminabile. Chi non riconosca ciò evidente, cerchi ancora, nel quadro morboso della paralisi progressiva così ben conosciuto in tutte le sue particolarità, di dividere in gruppi i casi secondo l'insorgere, primitivo o secondario, delle idee deliranti. Questo chiaro esempio che dovrebbe riuscire molto istruttivo pel concetto clinico delle alterazioni psichiche, mostra nettamente che le immagini deliranti e i disturbi psico-sensoriali in sè sono, per la determinazione di un quadro morboso, altrettanto poco essenziali quanto l'insorgere di depressioni o di eccitazioni. Altrettanto può apprendersi dalla psicosi maniaco-depressiva e dalla *dementia praecox*, ove determinati preconcetti non impediscano la libertà del giudizio.

In realtà ogni tentativo intrapreso finora di ordinare i singoli « gruppi della paranoia » e di differenziarli dalle altre forme di pazzia è finito costantemente con la confessione che stati misti e forme di passaggio sorpassano per numero i casi tipici e conducono fino alle alterazioni psichiche affettive, supposte fondamentalmente diverse. Con ciò cade la base dell'attuale concetto della paranoia, che era l'opposizione artificiale fra malattie dell'intelletto e malattie del sentimento. Noi non possiamo dubitare che la sfiducia di poter giungere ad una tale concezione su tale argomento seguendo questa via dipenda dalla trascuranza generale ad occuparsi delle questioni clinico-psichiatriche. A che giova anche la suddivisione delle forme fondamentali delle ma-

lattie mentali nelle loro più minute varietà, se con esse non siano in grado di stabilire se l'ammalato guarirà o se diventerà periodico, o semplicemente debole di mente, o « paranoico » nel vecchio senso della parola? A queste importanti questioni deve pure rispondere ogni diagnostica che voglia soddisfarci e chiarire le nostre idee. Non occorrono prove per affermare che proprio da questo punto di vista la forma universalmente accettata di paranoia, la quale per parecchi psichiatri comprende già il 70-80 % dell'insieme del materiale clinico, non ci ha fatto progredire di un sol passo. Noi sappiamo già a sufficienza che idee deliranti e disturbi psico-sensoriali possono presentarsi nelle varie forme di pazzia con decorso favorevole e infausto, acuto e cronico, semplice e periodico, e non permettono quindi per sè alcuna deduzione sull'ulteriore decorso dei singoli casi.

Nessun mezzo è tanto adatto ad aguzzare il nostro sguardo per scorgere le vere particolarità essenziali di un processo morboso, quanto l'osservazione del decorso e dell'esito finale. Anche la diagnosi della paralisi progressiva e dei suoi caratteri somatici si è dapprima collegata all'osservazione che tutti gli ammalati con alterazione della parola e con paralisi morivano infine tutti nella stessa guisa. Se noi ci troviamo dinanzi ad un gruppo di casi, che hanno avuto lo stesso esito, noi riconosceremo spesso anche nel quadro clinico delle particolarità che ci permetteranno, fin dal principio, di giudicare esattamente in avvenire casi analoghi. Così noi oggi siamo spesso in grado di distinguere l'eccitazione paralitica, con la guida dei caratteri morbosi psichici, da quella tanto somigliante maniaca o catatonica, la debolezza mentale paralitica dalle forme sifilitiche od alcooliche a prognosi essenzialmente diversa; dai segni particolari dello stupore circolare o catatonico possiamo pronosticare il decorso periodico o probabilmente progressivo; possiamo apprezzare fin dall'inizio della malattia l'importanza per l'avvenire degli stati di depressione della paralisi progressiva, della malinconia, della *dementia praecox*, della psicosi maniaco-depressiva. Nella pratica noi non potremo naturalmente giudicare sempre con esattezza, ci inganneremo anzi abbastanza di frequente. Ma il decorso del singolo caso metterà immancabilmente in luce la verità; essa ci dovrà, confermando o correggendo, condurre ad un concetto sempre più chiaro di quanto è essenziale, di fronte a quanto vi è di casuale o secondario. All'incontro una diagnosi che rinuncia ad essere qualche cosa di più di una parafrasi di singoli caratteri morbosi, non potrà mai essere nè confermata, nè contraddetta. Chi oggi si contenta di indicare come paranoia ogni psicosi nella quale prevalgono le alterazioni

dell'intelligenza, non impara assolutamente nulla, dalla osservazione ulteriore, per l'avvenire. Poichè la sua diagnosi non contiene nulla oltre ciò che anche ogni profano potrebbe subito vedere, l'avvenire non lo deluderà, ma non gli rivelerà neanche nulla di nuovo.

Queste sono, in breve, le considerazioni che mi spingono a prendere, nella questione della paranoia, un atteggiamento totalmente diverso da quello usuale. Io posso credere essenzialmente uguali solo quei casi morbosi i quali, facendo astrazione da graduali differenze e da speciali particolarità, conducono essenzialmente allo stesso esito. Con ciò non intendo naturalmente dire che in generale casi guariti e non guariti, decorrenti acutamente o cronicamente, debbano necessariamente appartenere a malattie differenti. Certo, quando ci troviamo dinanzi a queste differenze, le quali sono senza dubbio molto più importanti che i comuni caratteri sintomatici, dovremo domandarci sempre se ci troviamo dinanzi a processi morbosi essenzialmente uguali o solo esteriormente simili. Nessuno però vorrà negare che la stessa malattia, forse a seconda della sua violenza o della capacità di resistenza del paziente, può in un caso guarire e in un altro condurre alla demenza. Ma se si è già manifestato l'esito sfavorevole, noi dovremo attenderci che lo stato terminale in una malattia della stessa specie offra presso a poco *alterazioni fondamentali eguali*, seppure di varia intensità. Poichè l'anatomia patologica spesso non può darci gli schiarimenti necessari, io non vedo per ora alcun'altra via per provare la profonda unità clinica dei quadri morbosi. Per quanto incompleta ci riesca, allo stato attuale della scienza, la conoscenza di questo ultimo dato pure ogni giorno apporta prove soddisfacenti a chi segue le sorti ulteriori dei suoi ammalati.

Che una malattia possa offrire in sè forme di decorso acute o croniche, ci viene insegnato dalla paralisi progressiva e dalla *dementia praecox* e, in un certo senso, anche dalla psicosi maniaco-depressiva. Per altro qui i casi acuti sono solo periodi di un decorso a fondo cronico. La prognosi riguardo allo stato terminale rimane perciò in massima uguale per ogni processo morboso. Però appunto questo carattere non corrisponde per i casi della cosidetta « paranoia acuta ». La cernita dei casi morbosi corrispondenti a questo quadro insegna indubbiamente, dopo un tempo di osservazione sufficientemente lungo, che un numero sempre maggiore di questi casi deve ascriversi a forme completamente diverse. D'altro lato la forma clinica del delirio dei querulanti, alla quale si contende meno che a tutte le altre di appartenere alla paranoia, presenta costantemente un decorso molto mar-

catamente cronico e, come io debbo assolutamente ammettere, un esito sfavorevole. Nessuno può dire seriamente che questi casi abbiano di comune con la paranoia acuta altro che le idee deliranti, la nessuna importanza clinica delle quali noi possiamo sempre constatare. Per tutti questi motivi io ritengo erroneo l'ammettere una « paranoia acuta », poichè essa non presenta nè una causa ad essa particolare, nè uno speciale decorso ed esito, ne altri caratteri clinici che permettano di distinguerla in alcun modo da altri stati morbosi. In ogni modo, se malgrado ciò si volesse mantenere questo quadro morboso, non si dovrebbe dargli il nome di paranoia, poichè con ciò perderebbero di evidenza i caratteri essenziali delle forme generalmente riconosciute di questa malattia: la fondamentale inguaribilità e la persistenza duratura delle idee deliranti.

Ma anche nel gran numero di casi cronici che si sogliono ascrivere alla paranoia, quelli in cui l'idea delirante procede con i segni di una evidente *debolezza psichica* richiedono, a parer mio, una considerazione speciale. Noi vediamo qui le rappresentazioni deliranti prendere rapidamente configurazioni strane, contraddittorie; diventare straordinariamente abbondanti o molto scarse, trasformarsi o cambiarsi più volte; infine dopo un tempo più o meno lungo assumere un posto secondario ed impallidire. Questi quadri morbosi appartengono essenzialmente alle forme ebefreniche, catatoniche, senili. Qui, come negli epilettici e negli alcoolisti, i deliri dei quali io vorrei parimenti escludere dal quadro morboso della paranoia, noi abbiamo a che fare con forme di pazzia che sono caratterizzate da alterazioni fondamentali completamente diverse; il delirio è solo un singolo e secondario tratto delle svariate manifestazioni della malattia; esso lascia riconoscere anche nel suo sviluppo e nella sua conformazione, come nel concomitante stato complessivo della personalità psichica, più o meno chiaramente la caratteristica del processo morboso fondamentale. D'altra parte vi è senza dubbio un gruppo di casi nei quali le rappresentazioni deliranti formano, se non il solo, almeno il carattere morboso che maggiormente risalta. In questi suole svilupparsi *molto lentamente un sistema delirante durevole, immutabile, accanto ad una perfetta conservazione della lucidità, come dell'ordine nel pensiero, nella volontà, nell'azione.* A queste forme io vorrei riserbare il nome di paranoia. Esse conducono necessariamente ad una profonda trasformazione del concetto complessivo della vita, ad uno « *spostamento* » del punto di vista che l'ammalato occupa di fronte alle persone ed agli avvenimenti del suo ambiente.

Sembra che lo sviluppo di questa malattia si compia sempre gradualmente. L'*inizio*, che spesso dura per interi anni, è costituito da lieve depressione, da diffidenza ed anche da disturbi somatici, indeterminati e da timori ipocondriaci. L'ammalato non è contento della sua posizione; egli si sente trascurato, non si crede trattato dai genitori e dai fratelli con l'affetto dovuto, ma al contrario spesso si crede non apprezzato; il suo carattere non viene compreso. Così si sviluppa un'opposizione segreta, sempre crescente fra lui ed il suo ambiente; egli si sente estraneo di fronte ai suoi parenti, come un uomo di un altro mondo, le sue relazioni con essi sono fredde, superficiali, non naturali, anche ostili. « Dio è mio padre e la chiesa mia madre » diceva un ammalato, il quale, con un frequente digiuno, voleva uccidere quello che vi era in lui di terreno per mettersi in intimo rapporto con Dio. Perciò egli si allontana dai suoi, si mostra con essi aspro, li respinge, cerca la solitudine per seguire indisturbato i suoi pensieri, si occupa con letture non adatte e che non comprende. Nell'intimo dell'ammalato esiste una profonda aspirazione verso qualche cosa di grande e di alto, un segreto impulso ad azioni ardite, una muta speranza in una felicità immensa. Sempre più si riafferma in lui la convinzione di esser nato a qualche cosa di « speciale ». Egli crede al suo « destino », alla missione che egli deve compiere. Tutti gli insuccessi pratici non lo possono scoraggiare.

A poco a poco i presentimenti ed i pensieri morbosi cominciano ad influenzare anche le sue percezioni. Egli nota che in questa o quella occasione non lo si è accolto affabilmente come per il passato; dice che gli altri si sono mostrati freddi con lui, che lo si evita, che malgrado parecchie protoste di amicizia da lui credute ipocrite, non si vuol più aver da fare con lui. In conseguenza di ciò l'infermo diviene più sensibile e più diffidente; egli comincia a sospettare in una osservazione innocua, in un gesto casuale, in uno sguardo da lui sorpreso, offese e indizi nascosti di intenzioni ostili. Dai discorsi fatti a tavola egli rileva l'esistenza di un accordo segreto; le stesse frasi vengono ripetute con grande insistenza. Si fischiano in modo marcato alcune canzoni per accennare così a piccoli avvenimenti del suo passato, per influenzare le sue azioni. Nelle produzioni teatrali si trovano relazioni speciali con le sue azioni; il sacerdote sul pulpito, un conferenziere in un discorso elettorale fanno, « in linguaggio figurato », allusioni non dubbie alla sua persona. Egli incontra improvvisamente quelle persone che evidentemente lo osservano sempre, che lo seguono come per caso; lo si fissa, lo si guarda biecamente; si raschia, si tossisce per lui, si sputa dinanzi a lui o lo si evita; nei luoghi pubblici la gente si allon-

tana o si alza appena egli appare, getta su di lui sguardi furtivi e lo critica. I cocchieri delle vetture di piazza, i conduttori dei treni, gli operai si divertono a spese sue. L'attenzione di tutti è rivolta su di lui; il suo modo di vestire, malgrado la sua singolarità, viene imitato da numerosi sconosciuti. Singole osservazioni da lui fatte diventano subito pubbliche. Uno dei miei ammalati aveva indicato il giallo come il colore dell'ingegno; il giorno seguente tutti portavano rose gialle per indicargli, poichè la rosa è il simbolo del silenzio, che doveva essere prudente e tacere. « Chi potrà enumerare tutto quello che qui parla a me! ».

Tutte queste osservazioni sono per sè di contenuto indifferente: esse sembrano naturalmente a chi non vi è iniziato « casualità », ma l'ammalato osserva ben chiaramente che tutto vien « fatto » con la piu raffinata scaltrezza, che si tratta di una « produzione artificiale di avvenimenti », dietro la quale si nasconde un affare già concertato, una azione indegna. Certo il giuoco è avviato con estrema abilità per ingannarlo, per togliergli ogni possibilità di difendersi efficacemente da tutte le celate volgarità, dal sistema di spionaggio e di osservazione. Ogni qualvolta egli chiede chiaramente spiegazioni e fa conoscere di essersi accorto di tutto, gli altri si fingono innocenti ed inventano ogni sorta di pretesti; non si và dritti alla meta, ma si seguono vie tortuose per poter raggiungere il vero scopo solo con segni velati. Lo si tratta con cordialità solo per deludere la sua vigilanza, lo si confonde con discorsi strani, gli si espongono le cose con parole che nascondono secondi fini, ma di cui egli scopre subito il vero senso.

Il seguente brano del diario di un ammalato, che si credeva scelto da una società segreta per incoraggiare la pederastia, ci dà forse una idea delle strano spostamento che si compie nelle relazioni dell'ammalato col mondo esteriore:

« Che una associazione con scopi, come quelli che si rilevano da queste linee, faccia il possibile perchè essi non vengano resi pubblici, e cerchi perciò di far propaganda in forma nascosta o simbolica, è chiaro. Poichè essa non può esser sicura della posizione che colui che è da lei influenzato prenderà di fronte alla cosa, così essa cerca con ogni sorta di raggiri, che seguono una via parallela allo sforzo principale, ma che sono in sè innocenti, di confondere lui e di difendere sè stessa da sgradite rivelazioni. Così, p. e., io allora avevo preso l'abitudine, come accade a quasi tutti gli uomini, di dire alcune frasi stereotipe, fra cui « Certo! » e « non si crederebbe »; ed ecco che io trovai queste due frasi ed ancora altre di seguito, come soprascritta di una reclame, stampate in grassetto nell'Indicatore generale. Da ciò io devo naturalmente dedurre che il caso e la mia vita siano composti quotidianamente di meri casi, in modo che si avrebbe infine la vera doppia vita fantastica. Questo è certo appena credibile! ».

Per la continuata elaborazione in senso sfavorevole delle sue osservazioni l'ammalato crede che si ordisca contro di lui una vastissima congiura. Si spargono calunnie sul suo conto, si dice che egli abbia acquistata, con le sue sregolatezze, una malattia nervosa, che sia sifilitico, dedito alla pederastia. La sua fotografia è stata mandata nei bordelli per designarlo come socio abituale; sono state pubblicate note falsificate, come se egli bevesse quotidianamente una quantità insensata di alcool. Il cibo ha un sapore molto sospetto; il suo vicino di tavola si ammala dopo che, per caso, ha bevuto nel bicchiere destinato al paziente stesso. Si vuol proprio liberarsi di lui, lo si vuol opprimere con la forza, renderlo pazzo, spingerlo a mostruosità sessuali, all'onania. A questo scopo tende, come egli crede, una società che agisce con mezzi meravigliosi, ed alla quale appartengono come agenti segreti non solo tutte le persone possibili di tutti i ceti, ma anche impiegati, giudici, redattori di giornali, ecclesiastici, scrittori. A capo di questi complotti stanno singole e determinate persone, oppure si tratta di un'associazione: massoni, socialisti che, uniti da un terribile giuramento, cercano, per motivi speciali, di trascinare l'ammalato in loro potere.

Di conserva con lo sviluppo del *delirio di persecuzione* procedono, di regola, *idee di grandezza*. Qualche volta queste rimangono nei limiti di un elevatissimo sentimento di sè. La stessa enormità di tutti i potenti mezzi che l'ammalato crede rivolti contro di lui indica una rilevante esagerazione nell'apprezzamento della propria personalità, supposta centro di tutte queste azioni. L'ammalato si considera geniale, crede di avere un talento speciale, di essere un grande poeta, un musicista, un inventore, un sapiente, dà grande importanza al suo aspetto esteriore, si ritiene per qualche cosa di grande, si crede chiamato ad occupare nel mondo un posto molto eminente. Inoltre, spesso dopo un confuso ruminare di parecchi anni, sorge nell'ammalato il trionfante sospetto che egli non sia realmente figlio dei suoi genitori, ma che abbia origini molto più elevate e gloriose. Il motivo esterno per l'insorgere di questa idea delirante, che raggiunge subito per lui il grado di certezza, è fornito spesso da un avvenimento completamente indifferente. In una disputa il padre fa uso di una espressione violenta, di cui non si sarebbe mai servito di fronte ad un suo vero figlio. L'ammalato osserva che i suoi genitori parlano a bassa voce nella stanza attigua, che impallidiscono quando egli entra, che lo salutano con una serietà speciale; in sua presenza viene pronunziato « in modo significativo » il nome di una personalità molto elevata; per istrada, a teatro, una gran

signora lo guarda con straordinaria affabilità; nell'osservare l'immagine di un conte o di un principe, il busto di Napoleone, egli scorge improvvisamente una sorprendente somiglianza tra quegli e se stesso, o infine gli si dà in mano una lettera, tra le cui righe egli legge senza fatica il grande segreto.

Con speciale soddisfazione l'ammalato rivela che da tutte le persone del suo ambiente, viene più o meno apertamente riconosciuta la superiorità della sua persona e della sua posizione. Dovunque egli vada è trattato con innegabile rispetto; persone estranee si tolgono riverentemente il cappello dinanzi a lui; la famiglia reale cerca di incontrarlo il più spesso possibile; alla rivista o al teatro la musica comincia a suonare appena egli appare. Nei giornali presentatigli dal cameriere del caffè, nei libri inviatigli dal libraio, egli trova allusioni più o meno velate a suo riguardo; per la strada i passanti lo accompagnano con osservazioni probative rivolte a lui. Non di rado, in date circostanze, egli è in grado di riconoscere l'intervento diretto della Provvidenza nella sua sorte. Dai cambiamenti del tempo, dallo scintillio speciale delle stelle, dal volo degli uccelli, dal vestito degli individui che incontra, dai pezzi di carta che trova sulle strade di campagna si rileva chiaramente che Dio tiene la sua mano su di lui in modo speciale e dirige le sue azioni con segni che egli sa intendere senz'altro e che segue coscienziosamente con lieta fiducia. Da tutte queste osservazioni nasce una estesa rete di rapporti misteriosi, il cui punto centrale è formato dall'ammalato. Egli è l'erede del trono, il riformatore, il principe della pace, il Messia, la madre di Dio, riceve i suoi pensieri da Dio, è l'istrumento prescelto del cielo.

In parecchi casi l'ammalato fa l'osservazione che una persona dell'altro sesso, di elevata posizione sociale, reale o supposta, ha della propensione per lui e gli presta un'attenzione che non può interpretarsi erroneamente *(paranoia erotica)*. Talvolta è uno sguardo sorpreso, una supposta passeggiata sotto le finestre, un incontro casuale, che fa acquistare all'ammalato la certezza di questo amore celato; tuttavia egli viene a conoscerlo solo per vie indirette, per velate allusioni di coloro che lo circondano, per avvisi nei giornali, forse senza che egli abbia mai veduto l'oggetto del suo morboso interessamento.

Gli indizi dell'accordo segreto aumentano ben presto. Ogni avvenimento casuale, vestiari, incontri, letture, discorsi, acquista per l'ammalato importanza per la sua avventura immaginaria. Il suo amore è un segreto pubblico e forma l'oggetto dell'attenzione generale; se ne parla dappertutto, mai con espressioni chiare, ma sempre con fine allusioni, di

cui egli comprende benissimo il senso nascosto. Naturalmente questo amore straordinario deve frattanto esser tenuto segreto; perciò l'ammalato non riceve mai notizie per via diretta, ma sempre per mezzo di altri, dei giornali ed in forma di osservazioni velate; nello stesso modo egli sa mettersi in relazione, facendo occasionalmente qualche allusione, con l'oggetto del suo amore. Il volo delle colombe che raffigurano simbolicamente lui e la sua amata, gli indica che è stato compreso, che egli, dopo lunghe lotte, raggiungerà finalmente la sua meta; una persona qualsiasi, che egli ha occasione di avvicinare, gli sembra l'eletta, la quale si è travestita per nascondere al mondo la sua simpatia; un segreto presentimento non gli fa tener conto in queste scene di riconoscimento della nessuna somiglianza, e perfino della differenza di sesso.

Questo speciale delirio può durare, nutrito particolarmente dall'aiuto degli annunzi figurati dei giornali, per lungo tempo nel modo descritto, senza che nelle altre azioni dell'ammalato, il quale cerca di tener segrete le sue avventure, si noti nulla di anormale. Nel decorso ulteriore si aggiungono non di rado disturbi psicosensoriali sognanti, il senso di un bacio nel sonno e simili. Il colorito dell'amore è qui sempre fantastico, romantico, spesso platonico, il vero impulso sessuale è spesso nell'ammalato poco sviluppato o sviluppato in modo malsano (onania). Tra i periodi beati di incertezza e di ansia si frammette talvolta una profonda compunzione, un sentimento di indegnità di fronte all'ideale ornato di tutti i pregi possibili, una delusione per ripulse incomprensibili, un indefinito delirio di peccato.

L'insorgere di tutte queste immagini deliranti ha luogo essenzialmente per l'interpretazione morbosa di avvenimenti reali. Qualche volta percezioni reali vengono interpretate in senso di nocumento. Impressioni interamente indifferenti acquistano per l'ammalato un rapporto segreto con la propria persona, come si rileva chiaramente da molti dati. Una macchia sull'abito, un buco nella scarpa non sono la conseguenza dell'essersi essi consumati come d'ordinario, ma un fatto importante, che può spiegarsi solo con circostanze particolari, con l'intervento di azioni ostili. Vertigini, ronzio nelle orecchie, calore al capo, dolori di ventre, provano in modo indubbio un tentativo di avvelenamento; è specialmente « nei discorsi di chi li avvicina e in ciò che leggono » che gli infermi trovano copioso materiale per questi delirii. Vi è sempre il solito linguaggio figurato « essi hanno creduto che io non capissi ». Spesso vengono scoperti rapporti fra due avvenimenti che si succedono per caso. Un ammalato spiegò dinanzi al presidente dei ministri di Baden una carta, sulla quale erano indicate le regioni della terra non ancora

occupate; immediatamente dopo ebbe principio la politica coloniale tedesca.

Veri disturbi psico-sensoriali sono molto più rari che la elaborazione delirante di osservazioni reali. Solo in singoli casi numerose allucinazioni, specialmente dell'udito e dell'odorato, accompagnano per lungo tempo il decorso morboso; di regola si ha solo di tempo in tempo una allucinazione uditiva, per lo più una sola parola o una breve frase « Enrico, Enrico! », « egli beve », « ora viene il profeta puzzolente ». Persone sedute al tavolino accanto, avvicinano le loro teste e sussurrano osservazioni che l'ammalato comprende chiaramente, poichè egli « ha un udito fino ». Oppure nella passeggiata si ode sparare un colpo e l'ammalato sente la palla passare sulla sua testa e avverte anche la pressione dell'aria. Dall'aria cade su di lui una fine pioggia velenosa; egli è preso da un'angustia improvvisa e sente una voce ammonitrice. Si hanno anche visioni notturne; stelle, figure risplendenti, apparizioni divine. Risuona una promessa: all'ammalato viene concessa la benedizione di Esaù sulla spalla sinistra, quella di Giacobbe sulla destra. In questi casi suole sempre trattarsi di singoli avvenimenti, che vengono ritenuti di solito dall'ammalato per fatti speciali, uscenti dalla cornice delle esperienze quotidiane.

Nella formazione delle idee deliranti, prese singolarmente, a me sembra che abbiano spesso una parte importante le *falsificazioni della memoria;* anche parecchi degli avvenimenti apparentemente allucinatorii possono in realtà avere questa origine. Mentre l'ammalato passa in rassegna gli avvenimenti del suo passato, sembra che gli cada una benda dagli occhi. Con completa chiarezza si presentano alla sua mente una quantità di particolari, ai quali egli prima non aveva badato, ma che ora acquistano per lui improvvisamente una grande importanza. La sua memoria si aguzza, a quel che egli crede, in misura sorprendente, in modo che la sua intera vita passata gli sta dinanzi come un libro aperto. L'ammalato sa minutamente che egli, quando era ancora piccino, fu involato ai suoi veri genitori in un bel castello, condotto in giro per il mondo, e finalmente consegnato ai falsi genitori. Molte espressioni ed azioni di questi ultimi, il taglio ed il colore dei suoi abiti, il modo con cui fu trattato in iscuola, sogni profetici, tutti i piccoli e grandi avvenimenti della sua intera vita, gli hanno, fin dalla sua prima gioventù, indicato la sua origine, il suo elevato destino avvenire. Un ammalato poco istruito descrisse minutamente la villa di suo padre che egli diceva essere ministro delle finanze nell'Hannover e che si era opposto ai progetti di Windthorst. Quando gli si provò

che non vi era mai stato un ministro del suo nome, asserì che, per inimicizia verso di lui, si erano distrutti tutti i vecchi libri di stato dell'Hannover e fatti poi ristampare di nuovo falsamente per omettere il nome di suo padre. Talvolta si può seguire direttamente il modo con cui tali ricordi insorgono e rimangono nell'ammalato. Uno di essi diceva che anche per il passato si era avverato tutto ciò che egli pensava.

Il carattere comune a tutte le idee deliranti, insorte per le vie più diverse, è la *assoluta impossibilità a rimuoverle,* che si può far dipendere da un lato dal loro *tono emotivo,* dall'altro da una certa *debolezza di critica* degli ammalati. Sebbene essi forse convengano di poter solo raramente o anche mai addurre prove sicure della realtà dei loro concetti, pure ogni tentativo di persuaderli della erroneità delle loro idee s'infrange come contro un muro, poichè il concetto che essi si sono formati dei rapporti intimi fra tutte le apparenti casualità che lo hanno prodotto, costituisce quella profonda convinzione subbiettiva « che ha esistito incrollabilmente una volta e che esisterà » come disse un ammalato. « Io vivo nella supposizione che ciò non sia una supposizione ». L'ammalato sente perciò talvolta che un profano non può seguire sempre il suo corso di pensieri, e teme quindi che i suoi persecutori possano giovarsi di questo stato di cose per dichiararlo affetto da delirio di persecuzione. Non si può parlare di vera coscienza della malattia; un mio infermo diceva di sapere egli stesso di essere ammalato di mente, poichè:

« finchè un uomo si sa ancora separato dal santo Dio vivente, suo creatore e conservatore, dal peccato e dalla colpa o dai suoi cattivi spiriti interni che vivono divorando e bevendo, che non si sa dunque ancora unito a Dio in ispirito e non si sente ancora giustificato nella sua coscienza per mezzo dello Spirito Santo, è naturale che egli debba sentirsi ammalato di spirito ».

Naturalmente questa non è coscienza della malattia, ma un folle commento, dietro il quale si riconosce chiaramente la persuasione ferma e ortodossa di strette relazioni con Dio. Non di rado si hanno svariati lamenti ipocondriaci su stati di nervosità, peso al capo, difficoltà di digestione, di cui si ritiene volontieri responsabile il trattamento medico; gli ammalati cercano perciò sollievo in ogni sorta di cure strane, in parte da essi stessi inventate.

L'*umore* dell'ammalato sta in stretta relazione con le sue rappresentazioni deliranti. Egli percepisce le supposte persecuzioni come una specie di « tortura spirituale », si sente durevolmente inquieto e tormentato, diventa sospettoso, misantropo, irritato. D'altra parte gli am-

malati sono contenti di se stessi, presuntuosi, superbi e vogliono aver ragione in tutto. Spesso l'umore cambia per motivi deliranti. Un giorno trovai un ammalato, che del resto era perfettamente cosciente, angosciato e tutto tremante poichè da una parola ingiuriosa intesa per caso egli aveva tratta la conclusione che si accusava lui di un delitto avvenuto molti anni innanzi. Talvolta insorgono anche improvvisi pensieri di suicidio.

Il *contegno e la condotta* degli ammalati possono rimanere per un tempo relativamente lungo senza evidenti alterazioni. Certo il loro sistema di vita appare spesso strano ed incomprensibile. Un negoziante, tornato ammalato dall'America, dove aveva acquistata una piccola fortuna, la consumò tutta a poco a poco finchè dovette essere messo in un ospizio per i poveri, troppo superbo per accettare un lavoro non corrispondente all'alto concetto che egli aveva di sè. Solo allora si potè constatare che egli soffriva da circa 20 anni di spiccate idee di persecuzione e di grandezza. Malgrado i proprii talenti, l'ammalato non conduce nulla a buon fine, ma ha insuccessi dappertutto, fa spese molto superiori ai suoi mezzi, si occupa di strane questioni, lavora alla scoperta del moto perpetuo, ad una nave aerea dirigibile con una fiducia che non si scoraggia mai. Giacchè egli sospetta dappertutto congiure segrete, non rimane a lungo in nessun posto, si apparta, scrive lettere offensive ad estranei, fa talvolta ai parenti ed agli amici scene, che appaiono a questi incomprensibili. Molti di questi ammalati sono tuttavia in grado di rinchiudere in sè durevolmente le loro lotte ed i loro desiderii, in modo che solo lo psichiatra si rende conto del loro stato patologico, mentre nella vita quotidiana non è riconoscibile alcuna azione morbosa. Talvolta si è colpiti da una espressione enigmatica, da un'azione incomprensibile dell'ammalato, da strane abitudini, da un modo insolito di vestirsi, da una preferenza fanatica per certi studii religiosi o artistici o di scienza popolare, ma queste cose si sogliono attribuire a giustificate originalità di una personalità molto sviluppata o a difetti di carattere, senza considerare la loro profonda importanza.

Per sfuggire alle persecuzioni ed agli attachi continuati, l'ammalato cambia improvvisamente, sotto pretesti insignificanti, il suo impiego o si pone in viaggio. Questo rimedio non raramente è efficace per qualche tempo. Ma presto egli osserva che lo si accoglie come una personalità già attesa e che si è completamente istruiti su di lui e sulla sua intera vita passata. Tutto accenna che si intrecciano fili segreti fra il suo ambiente e quello in cui egli si trovava precedentemente; lo si spia dappertutto; singole persone, che egli riconosce malgrado sup-

posti travestimenti, barba falsa, capelli finti, lo seguono ad ogni passo, lo sorvegliano continuamente, in modo che la sua posizione spesso « è peggiore di quella di un individuo sottoposto ad una taglia ». Le sue rappresentazioni dell'estensione e dei potenti mezzi della masnada che lo perseguita aumentano per ciò sempre più. Contemporaneamente la sua capacità ad un'occupazione positiva durevole, al regolare adempimento di determinati doveri professionali viene sensibilmente pregiudicata dalla continua inquietudine del suo animo, anche se nelle sue capacità intellettuali non si riscontrano alterazioni grossolane.

Sotto l'impressione della sempre crescente mancanza di sicurezza, egli cerca di stigmatizzare pubblicamente, in forma di annunzi sui giornali o di fogli volanti, il giuoco vergognoso dei suoi avversarii e di difendersi contro le accuse nascoste. Egli dà anche querela per diffamazione, invoca l'aiuto delle autorità, del capo dello stato. Oppure egli si aiuta da se stesso, schiaffeggia all'osteria un supposto spione, cerca di uccidere un calunniatore, di attirare con una azione impressionante l'attenzione pubblica sulla sua persona e sulla sua posizione pericolosa. Avvengono anche tentativi di suicidio. Le idee di grandezza possono spingere l'ammalato ad avvicinarsi ai suoi supposti genitori, alla sua nobile sposa, dapprincipio per mezzo di espedienti indiretti, passando davanti alla loro casa, facendo allusioni misteriose in presenza di estranei, convinto che esse vengano esattamente comprese e riferite all'indirizzo stabilito. Egli scrive una lettera, e siccome essa non ottiene alcun successo, ne scrive una seconda ed una terza; infine fa il tentativo di andare personalmente dalle persone e dalle autorità comprese nel suo sistema delirante. Quando il delirio di grandezza ha piuttosto un colorito religioso, l'ammalato si presenta al pubblico come apostolo, cerca di fondare una comunità, di introdurre un nuovo servizio divino con forme speciali, predica a voce e per iscritto, interrompe il prete in chiesa.

Spesso azioni strane e pericolose diverse conducono all'internamento dell'ammalato al Manicomio. Questo avvenimento è per lui un nuovo e astuto tiro dei suoi avversarii, i quali gli hanno già da lungo tempo accennato che doveva finire col diventare pazzo. Dapprima egli si rassegna, poichè è sicuro che la sua sanità psichica debba venir presto riconosciuta. È molto riservato in tutte le sue espressioni, evita domande incalzanti e nasconde spesso a lungo le sue idee deliranti dietro una condotta esteriore irreprensibile, finchè poi una causa speciale, una eccitazione emotiva non lo spinge a manifestarle. A poco a poco egli comprende che il celato sistema di persecuzione continua an-

che nell'Istituto. I medici sono stati comprati perchè lo rendano inuocuo e, se è possibile, realmente ammalato di spirito, poichè non si poteva riuscirvi in altra maniera. Lievi contese e dispiaceri, cambiamenti nello stato di salute, osservazioni occasionali gli dimostrano che anche nel nuovo ambiente vengono messi in opera attacchi e minaccie. Gli altri ammalati non sono persone sofferenti, ma simulatori prezzolati o spie della polizia, che vogliono « provarlo » con la loro condotta, con i loro tiri insensati. Egli insiste perciò ripetutamente per la sua liberazione, scrive lettere su lettere per ottenerla, si lagna per illegale privazione della libertà, fa tentativi di fuga e non raramente imprende un'aspra lotta per i suoi diritti d'uomo con grande abilità ed estrema ostinazione.

Oppure l'ammalato riconosce che il soggiorno nell'Istituto forma solo un anello necessario della catena di prove che egli deve superare per raggiungere infine il suo alto scopo. Sì, riflettendo meglio egli comprende che anche nel suo passato erano contenuti molti accenni a questo purgatorio del Manicomio. Molto lontano perciò dallo scoraggiamento e dalla disperazione, egli attinge, dall'esatto avverarsi di tutto ciò che la sorte aveva antecedentemente destinato a lui, nuove speranze anche per il raggiungimento del suo ultimo e più elevato scopo. Non di rado egli trova una particolare conferma di questo suo concetto nell'osservazione da lui fatta che anche nell'Istituto non mancano gli indizii misteriosi del suo fulgido avvenire. Lo si tratta con attenzione speciale; gli si versa olio di rose nell'acqua del bagno, gli si dicono figuratamente frasi lusinghiere, gli si fanno scivolare in mano giornali, e libri il cui contenuto si riferisce a lui. Non può perciò sfuggirgli che i medici lo trattengono solo « per ordini superiori » e non pensano affatto a considerarlo ammalato. Fra gli altri infermi egli scopre personalità di condizione sociale elevata, collocate, sotto un falso nome, all'istituto, perchè gli tengano compagnia.

Il *decorso* ulteriore della malattia è di regola molto lento, e per lo più esso rimane stazionario durante parecchi anni. Gli ammalati sono tranquilli, coscienti, mantengono in modo duraturo un contegno esteriormente ordinato e sono spesso perfino in grado di occuparsi bene intellettualmente. Un semplice figlio di contadino che credeva di essere imperatore e papa insieme, e più tardi si riteneva perfino immortale, nel corso di alcuni anni, sotto ai miei occhi e con aiuti estremamente insufficienti, imparò a leggere discretamente non meno di otto lingue antiche e moderne, per procurarsi l'istruzione necessaria alle sue alte cariche. Altri si mostrano attivi nel campo artistico o lette-

rario perfino con successo, o sono almeno in grado di guadagnarsi il sostentamento; vengono solo creduti originali, poichè rinchiudono accuratamente in se stessi le loro idee deliranti. Certo essi conducono spesso una vita instabile, avventurosa, piena di cose incomprensibili e di stranezze. Solo nel corso di parecchi decenni suole manifestarsi una debolezza psichica che aumenta lentamente e una diminuzione dell'attività intellettuale, mentre il sistema delirante si estende gradatamente. Disturbi somatici e specialmente oscillazioni del peso non sogliono accompagnare questa malattia; possono però essere qualche volta determinati da circostanze secondarie casuali.

La frequenza della qui descritta forma di pazzia e, secondo le mie osservazioni, di gran lunga inferiore all' 1 % delle ammissioni, e ciò probabilmente perchè la maggior parte degli infermi non ha bisogno di essere rinchiusa in un Manicomio, oppure solo transitoriamente. Gli uomini sembra vengano colpiti in maggior numero delle donne. La predisposizione ereditaria alle malattie psichiche dovrebbe avere una parte considerevole. Inoltre le sventure, le disillusioni, la vita solitaria, la lotta con la miseria e le privazioni vengono indicate quali cause della malattia; però spesso si debbono considerare più che altro come una conseguenza del contegno da lungo tempo inopportuno degli infermi. La malattia per lo più comincia tra il 25.° e il 40.° anno di età. Sander ha descritto anche sotto il nome di *paranoia originaria* una forma nella quale, secondo ciò che egli pensa, la malattia dovrebbe essere cominciata durante la giovinezza. Infatti non raramente si sente da simili infermi, come anche da altri infermi deliranti, confessare che fin dalla prima gioventù sono stati colpiti da presentimenti e da osservazioni, che avevano indicato la loro nascita elevata o i loro potenti nemici. Tuttavia io mi sono sempre più convinto che in tali casi si può riconoscere con una certa sicurezza l'inizio della malattia solo dai 20 ai 25 anni. Tutte le altre narrazioni degli infermi, che si riportano ad un passato più lontano, sono cose inventate in seguito. Neisser ha indicato anzi quale sintoma caratteristico del gruppo descritto da Sander il sintoma, molto frequente, delle falsificazioni mnemoniche, e ha proposto di distinguere tali casi col nome di « Paranoia fantastica ». Per altro non mi sembra possibile, sotto questo punto di vista, delimitare un gruppo univoco di casi morbosi, di fronte ad altre forme. Si noti che per lo più si tratta nei casi « originari » di forme ebefreniche, che conducono rapidamente a demenza.

La *diagnosi* della malattia, quando si prenda in considerazione il lento sviluppo, il caratteristico, coerente delirio, la eccellente conserva-

zione della intelligenza, come pure l'ordine nel decorso ideativo, nel contegno e nella condotta, non offre quasi alcuna difficoltà. Vero è che una serie di malattie del tutto differenti possono offrire transitoriamente un quadro simile. A queste appartengono sopratutto le forme deliranti della *dementia praecox*. Come già ho accennato, io darei, per la differenziazione, una speciale importanza alla mancanza in tali infermi di un disturbo volitivo indipendente. Nella *dementia praecox* noi riscontriamo sempre in forme svariatissime questo disturbo fondamentale, sia col negativismo e lo stupore, sia con la stereotipia e col manierismo, sia con l'automatismo al comando e con l'impulsività. Di tutti questi segni non v'ha traccia nella forma che qui trattiamo. Invece gli infermi si comportano sempre in modo del tutto naturale e opportuno; tutto il loro contegno è perfettamente comprensibile dal punto di vista del loro delirio e non mostra affatto quel disturbo e quel disordine dei rapporti tra percezione e ideazione, sensazione e azione, che danno l'aspetto così caratteristico al quadro della *dementia praecox*. Specialmente mancano completamente lo stupore e gli stati impulsivi di eccitamento. Io non dubito che i casi con tali manifestazioni non debbano appartenere alla paranoia nel senso che ad essa fu dato. Inoltre credo di non ingannarmi ammettendo che nella paranoia la mancanza del disturbo volitivo indipendente stia in stretto rapporto con l'assenza del delirio da influenzamento somatico. L'idea che potenze esterne si possano introdurre per mezzo della telepatia nel meccanismo del proprio corpo, nei sentimenti, nei pensieri, nella volizione, a me sembra niente altro che l'espressione appunto di quel disturbo volitivo che si può riconoscere anche da tutto il contegno esterno dei dementi precoci. Nella vera paranoia io ho riscontrato il delirio di essere influenzato per mezzo di veleni nei cibi, ma mai l'idea di essere sottoposto alle azioni dirette di altri. Le idee di nocumento possono essere molto strane e inverosimili, però esse si mantengono come le idee di grandezza, sempre in limiti naturali e possibili, forse talvolta visionarii. La propria personalità somatica e psichica può essere diminuita o accresciuta, oggetto di odio o ricoperta di grandi onori, ma nella sua intima essenza rimane sempre ciò che era. L'infermo viene solo illuminato sulla parte che deve rappresentare, sulle persecuzioni ostili, come sulle promesse e sui diritti, ma egli non subisce alcun cambiamento nella personalità come avviene così frequentemente nella *dementia praecox*. La malattia quindi non distrugge nè cambia in questi casi il nucleo della personalità, ma invece dà luogo ad una *opinione del mondo esterno* morbosamente falsificata. Ed è per

questo che è possibile che le idee deliranti vengano motivate più o meno giustamente, che vengano psichicamente elaborate, che le obbiezioni vengano acutamente ribattute, benchè con falsi argomenti. Partendo da presupposizioni deliranti, l'infermo si forma una idea coerente degli avvenimenti, collega l'una con l'altra le sue osservazioni, prende le sue risoluzioni basandosi sulla riflessione e seguendo un piano determinato. Egli è quindi in grado di agire logicamente, di difendersi ostinatamente e fino ad un certo punto anche opportunamente, di perseguire il suo fine con passione e senza riguardi. Egli risente specialmente la privazione della libertà o l'interdizione come un grave torto, e non si stanca di combattere con tutti i mezzi. Al contrario noi riscontriamo nella *dementia praecox* frammentazione del pensiero, ottusità o irritazione insensata, stranezza e impulsività nella condotta, insieme a perdita della vivacità e della energia psichica. Inoltre i disturbi psicosensoriali sogliono essere molto più manifesti in questa malattia.

Solo in parte valgono le limitazioni anzidette per quei casi nei quali abbiamo a che fare con un semplice « delirio residuale ». In questi casi possono mancare completamente i segni di un disturbo volitivo, anche se essi erano esistiti nell' acme della malattia. Però in questi infermi che si contengono con naturalezza e si occupano e conservano anche le loro idee deliranti, manca ogni successivo sviluppo di queste ultime. Gli avvenimenti deliranti rimangono nel loro passato, non giungono fino al presente, nè influenzano le azioni future. Anche le idee deliranti non rettificate, che talvolta si osservano negli epilettici, portano l'impronta di un delirio residuale che ha perduto la sua importanza per lo stato attuale dell' infermo. Nell' acme del loro sviluppo accanto ai sintomi dell'epilessia, il loro modo acuto di svilupparsi e il predominio dei disturbi psico-sensoriali permetteranno la distinzione con la paranoia, che in seguito viene resa più certa dall'impallidire del delirio e dallo stato depressivo irritabile concomitante. Analogamente avviene per le idee deliranti degli *alcoolisti*, l'ulteriore sviluppo delle quali dipende essenzialmente dalla influenza dell'alcool; esse si arrestano o scompaiono perfino appena viene tolta all'infermo la possibilità di bere, mentre il delirio paranoico trova nuovo nutrimento nella degenza nel Manicomio. Nelle gravi forme del delirio alcoolico si hanno del resto molto spesso disturbi psico-sensoriali, che conducono alla idea di rapporti telepatici. Inoltre gli infermi sono deboli di volontà e poco tendenti ad una attività indipendente. Infine i casi di *psicosi maniaco-depressiva* che per le loro estese idee deliranti ricordano la paranoia, si lasceranno con una esatta osservazione ri-

conoscere sempre per gli accenni di quei disturbi di cui abbiamo parlato gia a lungo , come sintomi fondamentali di quella malattia.

Il *trattamento* di questi infermi ha solo il cómpito di *allontanarli* possibilmente, distraendoli ed occupandoli, dalle loro idee deliranti. In condizioni favorevoli ciò riesce così bene per interi decenni, che gli infermi, malgrado le idee deliranti più accentuate, sono in grado, senza grande difficoltà, di vivere liberamente. La reclusione nel Manicomio è sopportata d'ordinario assai male; quindi si cercherà per quanto è possibile di risparmiare loro questa limitazione della libertà.

Una forma caratteristica della paranoia è data dal *delirio dei querelanti* o *processomania* (1). Il carattere fondamentale del quadro morboso è in questi casi dato *dalla idea della sopraffazione legale* e dallo stimolo appassionato di lottare fino all'estremo contro la supposta ingiustizia. Questa idea si collega ad un qualsiasi danno reale che l'infermo ha subito, per lo più in seguito ad una lite e giustamente. In tali condizioni si comprende facilmente che manca all'infermo la capacità di comprendere il proprio torto. Egli non è capace di considerare imparzialmente lo stato delle cose e di rispettare anche il punto di vista dell'avversario, e senz'altro domanda l'approvazione generale delle sue idee personali e dei suoi desideri. L'opposizione che in questo incontra e inoltre i danni palpabili che ne provengono, rendono in lui più ferma l'opinione che egli sia stato oggetto di un grave torto, contro cui egli deve lottare con tutte le sue forze. È evidente che l'idea di ottenere a tutti i costi il riconoscimento delle proprie pretese legali deve essere in sé stessa ritenuta completamente normale. Ma ciò che caratterizza il querelante è la incapacità di comprendere dove stia il vero dritto e nel tempo stesso l'accentuazione unilaterale degli interessi personali di fronte al punto di vista più elevato del diritto comune. « Egli cerca la giustizia, ma non può trovarla », disse molto giustamente un testimonio in un processo di interdizione di un querulante.

La base più profonda dello sviluppo di una simile idea errata è dovuta sempre alla incapacità di critica. Questo disturbo si può infatti sempre rilevare nei querelanti; e si dimostra specialmente nella completa *impossibilità a persuadere* questi infermi. Anche le prove più evidenti

(1) Hitzig, *Ueber den Querulantenwahnsinn*, 1895; Köppen, *Archiv f. Psychiatrie, XXVIII*, 221; *Charitéannalen, XIX*; *idem, XX*; Meyer, *Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medicin*, 1903; Pfister, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LIX*, 589.

non fanno ad essi alcuna impressione, nè essi si degnano di esaminarle accuratamente. Gli infermi ascoltano forse le spiegazioni che loro si dànno, consentono anche in ciò che secondo loro non è importante, ma si liberano da ogni logica costrizione ripetendo semplicemente le loro idee, oppure rispondendo alle obbiezioni con prove contrarie del tutto futili. « Io resto nella mia convinzione; ciò che è scritto è scritto ». Anche quando ottiene la pretesa soddisfazione l'infermo non è contento. Uno dei miei infermi, che per una espressione della sentenza credette essere stato « dichiarato pazzo » in via legale, fece di questa espressione il punto di partenza di una lotta accanita contro le autorità, sebbene ripetutamente anche dal Ministero si fosse assicurato che nulla era stato fatto contro di lui, e sebbene si provasse a tranquillizzarlo da tutte le parti trattandolo in modo gentile e con molti riguardi; egli respinse qualunque tentativo, dichiarando che non avrebbe lasciato la lotta « finchè non fosse annullata la dichiarazione legale della sua pazzia ». L'idea quindi della sopraffazione legale si dimostra fin dall'inizio, per questa imperturbabilità, come un *delirio*. Tutti i ragionamenti contrari alla propria opinione vengono senz'altro dichiarati incredibili e inventati, i testimoni della parte avversaria sono spergiuri o comperati. Invece l'infermo per ogni sua affermazione invoca una grande quantità di testimoni, dei quali dice il nome, che però chiamati non sanno nulla, oppure fanno testimonianze completamente insignificanti; allora vengono dall'infermo sconfessati, perchè non hanno detto il vero. Al posto dei primi testimoni sono chiamati altri, dai quali l'infermo si attende affermazioni di speciale importanza, ma egli viene sempre di nuovo disilluso nella sua aspettativa.

Dal delirio sorge anche la caratteristica *credulità* dei querelanti, che è in notevole contrasto con la loro incapacità ad essere persuasi. Ogni pettegolezzo, ogni voce, ogni ciarla sembrano ad essi sicure, se corrispondono a ciò che essi pensano. Quanto più sono inaccessibili alle obbiezioni più convincenti, tanto più sono creduli per qualunque pettegolezzo riguardante i loro avversari. Non solo essi si credono autorizzati a credere senza il minimo esame, ma credono di poter propagare la voce esagerandola. Le spiegazioni esatte e benevole riguardo al fondamento legale, date da uomini veramente competenti, non hanno sugli infermi alcuna influenza se sono contrarie alle loro opinioni. Al contrario essi credono assolutamente a ciò che dicono i « giurisperiti » del villaggio, purchè vada d'accordo con ciò che essi pensano.

La percezione e la memoria dei querelanti sembrano dapprincipio normali, anzi spesso si rimane ammirati dalla esattezza con la quale l'in-

fermo sa dire a memoria, apparentemente ad *litteram*, brani di un voluminoso processo, interrogatorii, articoli di legge. Ad un esame più completo però si riconosce spesso che l'infermo non ha compreso affatto il senso delle sue espressioni stesse, e comprende le frasi più chiare in modo molto strano, e anzi in senso opposto. Inoltre, specialmente quando vengono riferiti discorsi, si odono errori grossolani, che non è possibile dire se siano dovuti a malintesi o a falsificazioni mnemoniche. Ma avviene certamente anche questo; talvolta si ha occasione di osservare che ripetendo frequentemente un racconto questo viene cambiato sempre più nel senso del delirio. Un infermo affermò ostinatamente che io avanti al tribunale lo aveva dichiarato sano di mente e che aveva detto che la malattia mentale sarebbe intervenuta solo dopo 3 o 4 anni. Egli sosteneva ostinatamente tale affermazione, malgrado che io negassi. Un altro infermo che si credeva derubato di una somma, cominciò a dire che questa era di 1200 fiorini, ma rapidamente giunse a 10000 fiorini; un debito, che egli aveva dapprincipio confessato, in seguito fu negato, assicurando l'infermo di averlo già pagato da anni.

Se i primi indizii del delirio dei querelanti, per il loro legame congli avvenimenti reali, possono sembrare ad una osservazione superficiale la conseguenza di un profondo sentimento di giustizia, gradualmente la natura morbosa di questo processo ideativo si manifesta sempre più. L'impossibilità ad ottenere i suoi presunti diritti è una prova per l'infermo che i testimoni sono bricconi, spergiuri, i giudici e le autorità una banda di briganti e di ladri, che tutti sono d'accordo per sopprimerlo e per nascondere le loro nefandezze. Del suo avversario dice che « tutti lo aiutano ». Non si chiamano i suoi testimoni che avrebbero certamente parlato in suo favore; le sue parole vengono prese in altro senso, gli atti, i protocolli, la sua firma sono falsificati, le citazioni vengono recate da falsi portalettere, sulle buste vi sono « timbri come se provenissero da Sua Maestà ». Talvolta si manifestano idee deliranti più accentuate. L'infermo si accorge che in prigione si è cercato di renderlo pazzo per mezzo di cibi molto salati e pepati, egli crede che si voglia ucciderlo. Molto spesso io vidi contemporaneamente un manifesto delirio di gelosia. Anche sofferenze ipocondriache vengono non raramente osservate. Talvolta si hanno isolati disturbi psico-sensoriali; in un caso si sviluppò durante la prigionia un transitorio stato di eccitamento ansioso, insieme a numerose allucinazioni uditive. L'infermo udiva rimproveri e minaccie e credette imminente il suo supplizio.

La coscienza degli infermi si mantiene lucida e l'ordine ideativo è conservato. Non manca però mai una grande uniformità del con-

tenuto rappresentativo. Ogni conversazione con un querelante suole giungere ben presto alle sue idee di nocumento, le quali, quanto più lungo tempo trascorre, tanto più assorbono l'interesse dall'infermo. Da ogni punto di partenza anche lontanissimo il suo decorso ideativo ritorna sempre a quel centro. Con infinite ripetizioni, spesso in modo uguale, ritornano sempre nei discorsi dell'infermo i medesimi processi ideativi, senza che egli sia in grado di sopprimerli o anche di abbreviarli. Durando più a lungo la malattia, suole anche essere alterato anche il rapporto tra le stesse spiegazioni che egli dà. Non si può naturalmente parlar mai di coscienza di malattia, mentre anzi l'infermo considera l'idea che egli sia malato di mente come uno « sleale inganno ». Quasi sempre egli trova però persone profane e anche medici, che secondo i suoi desiderii attestano la sua normalità psichica. Uno dei miei infermi mi portò con sua grande soddisfazione gli attestati di sanità fatti dal suo sindaco.

Un fenomeno che accompagna regolarmente il delirio dei querelanti è *l'elevato sentimento del proprio io*. Gli infermi si ritengono straordinariamente bravi e giusti, perciò si considerano in ogni modo superiori ai loro avversarii. Si stimano molto, trovano ingiusto che proprio a loro, « padri di famiglia », non si renda giustizia. Un infermo si firmava: « Cittadino, agricoltore e vedovo » un'altro, un orologiaio molto abile, parlava dell'ingratitudine della patria verso i suoi grandi figli. Con questa esagerazione del proprio valore sta in rapporto il fatto che l'infermo si crede permesso qualunque mezzo losco pur di danneggiare il suo nemico, mentre le forme più miti legali usate contro di lui vengono ritenute come attacchi e ingiustizie inaudite, come « maltrattamenti brutali ». Un infermo che ricevette una cartolina postale con un certo ritardo, si rivolse contro l'impiegato postale per il danno ricevuto, mentre sembravano a lui cose di poca importanza avere contatti sessuali con la sua figliastra e la sottrazione di una somma di danaro; lo stesso infermo scriveva alla moglie lettere nelle quali dava orgogliosamente ammonizioni morali, vantando la sua coscienza tranquilla. « Così sensibile? » scriveva un altro infermo, meravigliato che per una lettera ripiena di gravi offese si fosse iniziato giudizio contro di lui. Avendo questo esagerato sentimento del proprio valore, l'infermo suole richiedere fortissime somme in compenso del torto subito.

Senza eccezione, riscontriamo sempre inoltre nei querelanti un grande *aumento della eccitabilità emotiva;* forse questo fatto è la prima ragione della mancanza in questi infermi di una tranquilla e positiva riflessione. Mentre essi abitualmente non dimostrano alcun disturbo

accentuato dell'umore, parlando delle loro liti cadono subito in un eccitamento passionale, opprimono l'uditore con una corrente di ingiurie sui loro avversarii, e di fronte ad ogni obbiezione o contraddizione si rivoltano con la stessa irosa eccitabilità. Uno dei miei infermi pregò per iscritto il re affinchè gli fosse dato il permesso di disfarsi da sè degli avversari.

Questa passionalità unita alla impossibilita di persuasione è quella che dà alla *condotta* degli infermi l'impronta caratteristica. Essi non sono capaci di tranquillizzarsi in seguito alle definitive, irrevocabili decisioni dopo che sono esauriti i mezzi legali ordinarii. Senza comprendere affatto la completa inutilità, anzi le sicure e gravi conseguenze di altri passi, gli infermi cercano ad ogni costo e con tutti i mezzi di ottenere a forza la vittoria nella lotta per il loro supposto diritto. Ciechi di fronte ad ogni buon consiglio, essi mettono in moto qualunquo possibile mezzo legale, richiedono « un serio esame » di cose discusse già da lungo tempo, appellano continuamente non persuasi o per lo meno non intimiditi da alcun insuccesso. Al contrario la ostinazione e la passione crescono sempre più. Essi scrivono innumerevoli lettere e appelli ai tribunali, a persone private, agli impiegati, alla Camera dei Deputati, ai principi e al Re, nelle quali si sfogano con espressioni acerbe, offensive, anzi con gravi ingiurie contro gli avversarii, le autorità, i giudici. Già nella forma esteriore, nelle sottolineature, nei punti esclamativi, e interrogativi, nelle virgolette, nell'accentuazione dei punti più importanti per mezzo di speciale calligrafia o di inchiostro di colore diverso, inoltre nella lunghezza, nel modo dettagliato e uniforme del contenuto, gli scritti di questi infermi sogliono tradire la loro origine morbosa. Anche lo stile mostra spesso un modo di dire singolarmente complicato, strano, la ripetizione di alcune frasi bizzarre, appena comprensibili, ma risuonanti, che somigliano al frasario legale. Un infermo scrisse a lungo sopra il « giuramento falso »; un altro usava di preferenza una frase che diceva di avere udita da me, cioè: « Il diritto dei giuristi sta sopra il diritto dello Stato ». Gli infermi parlano molto di articoli del Codice e si riferiscono frequentemente agli « atti ». Gli infermi sogliono portare con loro gli appelli, le citazioni, i decreti, tutto bene incartato, e ad ogni adatta occasione li tiran fuori.

Dapprincipio le querele e le condanne che seguono a queste offese o diffamazioni valgono solo ad aumentare l'esasperazione del malato; egli risponde sempre di nuovo con ingiurie più gravi e sempre più strane. Tutta l'attività, tutto l'interesse della vita si perdono sempre più nella mania di aver ragione, se pure tutto il resto va in rovina; la sua vita famigliare, il suo negozio, il suo patrimonio, tutto viene sacrificato a

questo stimolo morboso. In tal modo le sue condizioni somatiche decadono, egli sta, a motivo dei continui processi e accuse, in uno stato di eccitamento continuo, che lo spinge a divenire sempre più acerbo contro i suoi avversari. Infine rifiuta di avere ogni rapporto con l'ordine legale costituito ed anche con gli statuti del regno; non firma più alcuna carta, si rifiuta di ricevere le citazioni, si fa condurre a viva forza al dibattimento. Egli si aiuta con le sue forze, prende semplicemente tutto ciò che considera sua proprietà, si rivolge ai giornalisti, minaccia personalmente i suoi avversarii, spara dei colpi contro l'usciere che fa il sequestro.

Molto spesso riesce all'infermo di convincere con la sua energia passionale questa o quella persona del suo ambiente sulla legalità delle sue pretese. Io ho conosciuto un querelante di 58 anni che in un villaggio aveva convinto diversi contadini a fare grandi sacrifici di danaro per avere dal sindaco una somma di 50000 marchi di presunto indennizzo. Gli appelli che questi contadini facevano somigliavano in modo sorprendente a quelli dell'infermo; uno di questi contadini aveva in animo di far sposare all'infermo una sua figlia. I querelanti d'altra parte colgono con gioia l'occasione di scrivere anche per altri lettere, appelli, proteste, libelli, e in questo modo fanno addirittura la carriera di causidici. A ciò li aiuta una certa furberia e la loro esterna conoscenza degli articoli del Codice, che metton sempre in evidenza.

Nel successivo decorso della malattia sopravviene d'ordinario un eccedente aumento della debolezza psichica. Gli scritti e i discorsi degli infermi divengono sempre più uniformi e incoerenti; non attendono più la risposta, ma scrivono abitualmente di tempo in tempo una delle loro caratteristiche lettere. L'eccitabilità diminuisce, gli infermi divengono apatici, puerili e indifferenti, più spesso anche piagnucolosi e facili a commuoversi, se non si irritano a bella posta toccando il loro punto debole. Essi sono in rapporti amichevoli col medico, che forse poco prima in una lettera han chiamato infame, bugiardo e truffatore. Talvolta rinnegano addirittura le loro azioni antecedenti per evitare sgradevoli spiegazioni; non vogliono saper più nulla di tutto ciò; è una cosa passata, però non avviene mai una rettificazione delle idee morbose; invece eccitando i vecchi ricordi in un momento nel quale gli infermi non hanno più il dominio di loro stessi, si può sempre riconoscere che questi sono rimasti immutati nei loro antecedenti punti di vista e solamente hanno perduto l'energia per la resistenza esterna.

La *diagnosi* della processomania offre, specialmente sul principio, grandi difficoltà. Da una parte il delirio dei querelanti può trovarsi come

sintoma patologico in diverse forme di pazzia, così p. e., nella paralisi progressiva e specialmente nella pazzia circolare. Il riscontrare i sintomi caratteristici di tali malattie, quali i disturbi somatici e della memoria, la fuga delle idee, la distraibilità, lo stimolo ad occuparsi, le oscillazioni dell'umore e le manifestazioni ad attacchi, tutto ciò dilucida ben presto lo stato delle cose. Anche nello sviluppo della *dementia praecox* si può avere talvolta per lungo tempo un pronunciato delirio querulante, specialmente in quei casi che hanno avuto l'inizio durante la reclusione. Però questi infermi presentano numerosi disturbi psico-sensoriali, divengono di solito più o meno confusi nel loro contegno, e ben presto presentano idee deliranti molto stravaganti, passano anche attraverso stati di stupore e di eccitamento che non si hanno nella vera querulomania. Infine anche un soggetto normale può liticare con ostinazione e con passione. Sotto questo punto di vista si notano spesso diagnosi errate, dovute a quei periti i quali credono che le caratteristiche esenziali della querulomania siano il fare liti e il volume degli atti legali. Al contrario per la diagnosi si deve tener presente sopratutto la *sistemazione delirante* del circolo ideativo, la completa impossibilità a persuadere l'infermo, la lenta estensione delle idee di persecuzione sopra un numero sempre crescente di persone, la partenza *da un solo punto* di tutto lo svolgimento psichico, punto che è sempre presente e che serve all'infermo sempre di nuovo a rannodare tutte le idee successive e tutte le azioni. Appunto perciò non si possono scambiare i querelanti con quei soggetti normali, litigiosi e prepotenti, che vivono in discordia con tutto il genere umano. Al contrario mi sembra che i querelanti, come altri pazzi, siano nei rapporti giornalieri individui sufficientemente trattabili, benchè spesso strani. Mentre gli individui litigiosi, ma normali, attaccano briga con tutti nelle circostanze più diverse, iniziano processi e offendono, nei querelanti esiste un rapporto intimo tra le singole fasi della lite; tutto il nucleo di processi e degli appelli rimonta ad un primo, determinato fatto. Nei primi ogni singolo litigio, sia pure dopo lungo combattere, ha una soluzione che calma tutti quelli che vi hanno partecipato; nei querelanti la lite originaria non termina mai, ma aumenta sempre in modo inverosimile e solo con la interdizione dell'infermo ha la sua brusca fine esteriore.

Gli stessi punti di vista valgono anche per la diagnosi differenziale fra i veri querelanti e i pseudo-querelanti psicopatici, che offrono soltanto una morbosa esagerazione del piacere normale della contraddizione. Di questi parleremo più diffusamente in seguito.

Nel giudicare i querelanti si deve sempre considerare la possibilità che le idee e le affermazioni apparentemente deliranti corispondano

veramente alla realtà. L'inasprimento e la lotta senza riguardo fino all'estremo può essere la reazione normale di un senso di giustizia molto sviluppato e gravemente offeso. Così in un caso da me osservato si potè dimostrare che l'avversario, che veniva gravemente accusato, non era il gentiluomo che era credute, ma aveva compiuto gravi delitti. Una altra volta ho potuto dimostrare che l'affermazione dell'imputato, di essere stata cioè falsificata la sua firma, ciò che dapprima sembrava un'idea morbosa, era invece realmente esatta. A tale riguardo è necessaria quindi molta precauzione. Malgrado ciò, in ambedue i casi gli accusatori erano due querelanti, ma ciò non si potè arguire dalla giustezza o meno delle accuse fatte; invece fu possibile diagnosticare la querulomania dal modo delirante col quale avevano motivato ed elaborato le accuse. Vero è che anche in casi accentuati la querulomania viene riconosciuta solo dopo lungo tempo, perchè la memoria ben conservata e l'abilità nel parlare e nello scrivere nascondono all'osservatore giurista la debolezza psichica e la conformazione delirante dei circoli ideativi. Il mutare e l'alterare i fatti, ciò che l'infermo compie, dal punto di vista della sua percezione patologica in completa buona fede, sono spesso creduti inganni fatti con intenzione e calcolati furbescamente, e sono riguardati facilmente come prova di depravazione morale e di sfrontatezza.

Le vere *cause* della querulomania debbono essere verosimilmente ricercate nella predisposizione morbosa, per lo più ereditaria. Più volte riscontrai alcoolismo nei genitori. La malattia comincia di solito tra i 35 e i 45 anni, talvolta anche più tardi. La lite avanti ai tribunali si deve considerare senza dubbio solamente come manifestazione, non come causa; spesso gli infermi hanno già subito varii processi senza presentare sintomi di querulomania.

La *prognosi* è sfavorevole; l'esite è una debolezza mentale, di grado più o meno elevato, permanendo le idee deliranti. Tuttavia sembra che avvengano talora miglioramenti considerevoli, tanto che gli infermi, senza mutare le loro idee, per lo meno per molto tempo non le esprimono; del resto altrettanto riscontriamo anche in altre forme di paranoia. Contrariamente ad altri osservatori io non posso riferire vere guarigioni, nè credo alla guarigione quando sia sicura la diagnosi.

Il *trattamento* di questi infermi ha solamente il còmpito di toglierli per alcun tempo, o meglio per sempre, dall'ambiente che agisce eccitandoli. Ciò può farsi transitoriamente rinchiudendoli in un Manicomio, oppure stabilmente mettendo questi soggetti in altre condizioni di vita. Di solito gli infermi sopportano male un soggiorno prolungato in

un Manicomio. Si farà quindi bene a licenziarli per quanto è possibile presto, appena si sono resi tranquilli, se pure in certi casi non si è obbligati, per il pericolo pubblico, a togliere loro la libertà, malgrado il nocumento che può produrre la vita manicomiale.

XI. *La pazzia epilettica.*

L'epilessia (1) prende il suo nome dalla insorgenza di accessi caratteristici che si ripetono più o meno regolarmente, che colgono l'infermo tutto ad un tratto (ἐπιλαμβάνω) e lo atterrano. La ripetizione di questi attacchi convulsivi senza causa esterna, che risvegliano la paura e la compassione, indica che a base di essi sta una lesione *permanente*, che produce sempre nuovi attacchi. Questa alterazione patologica dalla quale hanno origine le manifestazioni epilettiche induce per lo più anche cambiamenti nella vita psichica degli infermi; KELLNER riscontrò nei suoi epilettici che solo il 10 °/₀ poteva dirsi psichicamente normale. Vero è che dalla storia sappiamo che molti personaggi storici, specialmente condottieri di eserciti (Cesare, Narsete, Napoleone I) sono stati affetti da epilessia, ma questi casi debbono essere considerati come rare eccezioni di fronte alla innumerevole massa di quei poveri infermi, che dalla epilessia giungono alla degenerazione psichica. Inoltre anche nelle personalità elevate suddette si può per lo meno quasi sempre riconoscere qualche fatto che sta ad indicare una certa parentela con il quadro clinico della pazzia epilettica.

Relativamente poco lesa è nell'epilessia la *capacità intellettuale*. Esistono alcuni epilettici che sono capaci anche durevolmente di produrre lavori intellettuali molto elevati. Più che la metà dei casi però che giungono sotto gli occhi dell' alienista, dimostrano addirittura una caratteristica debolezza di mente più o meno accentuata. Il sintoma

---

(1) FÉRÉ, *Die Epilepsie Deutsch v. Ebers* 1896; MARINESCO ET SÉRIEUX, *Essai sur la pathogénie et le traitement de l' épilepsie.* 1895; RONCORONI, *Trattato clinico dell'epilessia con speciale riguardo alle psicosi epilettiche.* 1895; I. VOISIN, *L'epilepsie.* 1897; BINSWANGER, *Die Epilepsie.* 1899; MAURICE DE FLEURY, *recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement.* 1900; GÉLINEAU, *Traité des èpilepsie.* 1801; KOVALEVSKY, *épilepsie, traitement, assistance et médecine légale* 1901; PINI, *L'epilessia, esiologia, patogenesi, cura.* 1902; GOWERS, *Epilepsie 2 aufl, Deutsch v. Weiss.* 1902; ZOLLY, *Epilepsie im Handbuch der prahtischen Medicin von* EBSTEIN UND SCHWALBE; BRATZ, *Monatsschrift f. Psychiatrie, IX*, 43.

che risalta di più e la lentezza e la difficoltà con la quale procedono i processi psichici; si può molto spesso, anche con un semplice orologio ad un quinto di secondo, determinare il grave rallentamento dei tempi psichici. L'infermo comprende molto lentamente le domande e le impressioni esterne, benchè per lo più in modo giusto, impiega molto tempo per elaborarle psichicamente e per giungere a dare una risposta o compiere una azione. L'infermo non è distraibile, rimane al fatto, ma non può seguire svolgimenti rapidi del discorso o osservare nello stesso tempo più cose. La mobilità della sua forza immaginativa è molto scarsa; si annodano difficilmente e in circoli modesti nuovi legami ideativi, eccitazioni esterne risvegliano nella coscienza dell' infermo solo una scarsa eco.

La coscienza, l'orientamento e i rapporti dei processi ideativi rimangono però quasi sempre ben conservati; se gli infermi percepiscono talvolta con lacune e imperfettamente, hanno però un concetto presso a poco giusto della loro posizione, delle persone, e dei fatti che avvengono nel loro ambiente, giudicano rettamente in condizioni semplici, si orientano mediocremente. Solo nelle forme più gravi della demenza epilettica gli infermi possono essere permanentemente poco lucidi e confusi.

Il quadro della semplice debolezza mentale epilettica, che naturalmente può mostrare tutti i possibili gradi di sviluppo, può essere nel modo migliore caratterizzato dalla espressione di « ristrettezza mentale ». L'infermo non può più raccogliere nè elaborare nuove impressioni, ma si muove preferibilmente sopra vie usuali. Quindi frasi determinate, banalità, versi della Bibbia, proverbi, hanno una gran parte nei discorsi dell'infermo. A lui manca quella perspicacia sopra la esperienza della vita che ci pone in grado di distinguere ovunque ciò che è importante da ciò che è accessorio e di condurre un processo ideativo direttamente ad una determinata meta. Così si ha in questi casi non raramente un sintoma caratteristico degli epilettici, cioè la *prolissità*. In ogni racconto che fa l'infermo, egli comincia a esporre dati che non hanno quasi affatto rapporto con la domanda, e in ogni punto l' infermo accumula una grande quantità di circostanze accessorie completamente indifferenti, sicchè sembra che il suo racconto si arresti addirittura. Ogni tentativo per cercare con domande intermedie di affrettare lo sviluppo rapido di ciò che è più essenziale nel racconto suole d' ordinario fallire; l' infermo riprende semplicemente il filo del discorso al punto interrotto, ma facendo ciò non perde mai i rapporti e giunge sempre alla fine, però con lunghissimi rigiri. Di solito lo stesso racconto viene detto sempre con le stesse frasi e con gli stessi particolari.

Nella debolezza mentale epilettica più accentuata anche la memoria è infiue colpita considerevolmente. L'infermo diviene smemorato, non ricorda il nome del medico o quello dei suoi compagni, non sa raccontar nulla della sua storia, ripete senza accorgersene le medesime cose. Talvolta si hanno racconti favolosi, che si debbon forse intendere come ricordi di fatti deliranti o sognanti. Altri infermi si compiacciono a inventare avventure romantiche, non però di natura delirante, ma solo per vanagloria. Così un vagabondo boemo raccontò che suo padre era stato calderaio alla Mecca e che egli aveva attraversato il Marocco e la Spagna. Un gran numero delle cognizioni acquisite va perduto per l'infermo senza lasciare tracce, e rimangono solo a permanenza quei circoli rappresentativi che furono fissati stabilmente per le continue ripetizioni. In tal guisa si sviluppa un progressivo impoverimento del patrimonio ideativo, sicchè l'infermo, incapace a fissare nuove impressioni, dispone infine solo di un piccolissimo patrimonio di idee, che va sempre più restringendosi. Però, all'opposto di altre forme di debolezza di mente acquisita, l'infermo è in grado ancora di muoversi lucidamente e coerentemente in questo piccolo cerchio di idee, anche quando non si tratta che di una permanente ripetizione degli stessi processi ideativi e delle stesse frasi.

Un quadro molto istruttivo dello stato del patrimonio ideativo ci è dato, come ha dimostrato Fuhrmann (1), dai semplici esperimenti sull'associazione. Questo autore trovò che in molti casi il numero delle rappresentazioni nuovamente insorgenti, ripetendo una serie di esperimenti, era in modo sorprendente scarso, segno questo della uniformità e della povertà dei processi ideativi. Bene spesso il contenuto delle associazioni apparve insignificante e misero. Inoltre egli osservò un gran numero di legami rappresentativi, nei quali non esisteva alcun riconoscibile rapporto con la parola eccitatrice. Sembrava piuttosto che queste rappresentazioni venissero soltanto messe in libertà dall'esperimento e determinate da un indirizzo generale fisso del processo ideativo. Il loro contenuto stava per lo più in rapporto con lo stato morboso o anche con le condizioni personali dell'infermo. Noi possiamo supporre che la frequenza di queste associazioni determinate da stati interni e non da eccitamenti esterni, sia favorita specialmente dalla lentezza psichica degli epilettici, la quale fa sì che non si for-

---

(1) Fuhrmann, *Sommer's Beitrage zur psychiatrischen Klinik I*, 65. 1902; Ricklin, *Hebung epileptischer Amnesien durch Hypnose. Diss Zurich.* 1903.

mino, come nel normale, facilmente e rapidamente legami con la parola eccitatrice. Anche Ricklin ha compiuto degli esperimenti sulle associazioni negli epilettici ed anch'egli ha riscontrato impoverimento ideativo, permanenza sullo stesso circolo rappresentativo e anche sulla stessa forma grammaticale, e di più una frequente accentuazione sentimentale delle associazioni insorgenti.

È naturale che, con l'impoverimento del patrimonio rappresentativo, l'importanza del *proprio io* rispetto al concetto che l'infermo ha del mondo esterno deve gradatamente accrescersi. Così avviene che negli infermi più è avanzata la debolezza di mente, più cresce il senso del proprio valore, sicchè infine il contenuto dei loro discorsi si limita essenzialmente a lodare la propria persona e tutto ciò che la riguarda, e specialmente gli altri membri della famiglia. Una gran parte hanno spesso le preoccupazioni per la propria salute, i cui più piccoli mutamenti vengono notati dal malato o per i quali egli richiede l'osservazione del medico. Contemporaneamente si osserva spesso un sorprendente ottimismo di fronte alla reale malattia. Gli infermi dopo ogni accesso convulsivo dicono che questo è stato leggerissimo; affermano che raggiungeranno in breve tempo la completa sanità, si sentono, grazie a Dio, molto bene. Inoltre gli infermi si abbandonano di preferenza ad *idee religiose*. Sia che talvolta strane sensazioni legate agli attacchi rendano facile l'idea di un influsso divino, sia che in questi poveri malati la speranza di una liberazione dovuta ad una forza soprannaturale trovi un terreno favorevole, gli infermi credono molto spesso di essere in intimo rapporto col cielo perchè sono stati sempre molto buoni e hanno molto pregato. Domandano la Bibbia e il catechismo, vanno spesso in chiesa, a confessarsi, desiderano di essere in rapporto con i sacerdoti.

Le maggiori alterazioni sogliono essere prodotte dall'epilessia nel *campo emotivo*, anche in quei casi nei quali non è riconoscibile una vera lesione dell'intelligenza. Quasi sempre si sviluppa un aumento della eccitabilità emotiva, che in minimo grado può essere permanente, ma che si manifesta sopratutto in modo morboso in vicinanza degli attacchi, come diremo poi più minutamente, e sotto l'influenza dell'alcool. L'infermo diviene sensibile, bizzoso, capriccioso, prepotente, difficile ad essere trattato, per futili occasioni ha violenti scoppii di ira, giungendo a brutalità senza riguardo. Nello stesso tempo si manifesta un accentuato egoismo, che fa risentire vivamente agli infermi ogni atto contro i loro diritti, mentre si commuovono molto poco per le altrui sofferenze. A tutto ciò si aggiunge spesso una testardaggine incredibilmente ostinata, sciocca, la quale fa sì che gli infermi non vengano in

nessun modo persuasi ed eseguiscano con la più grande indelicatezza qualsiasi idea che abbiano concepita.

Tutti questi fatti caratterizzano il contegno esteriore degli epilettici, che, malgrado una debolezza psichica di alto grado, rimane per lo più ordinato. Gli infermi si occupano di solito volontieri, cercano al più presto di essere attivi in un modo qualunque, eseguiscono i loro lavori lentamente, ma spesso con accurata esattezza. Però in generale manca loro del tutto la capacità a produrre liberamente, indipendentemente. Un infermo già demente fece disegni di penna di diversi colori abbastanza difficili, i quali non erano più distinguibili dal modello litografico, mentre egli stesso era addirittura incapace, malgrado una esatta istruzione, di costruire da numeri di diagrammi semplicissimi. Altri infermi mostrano una certa goffa prontezza, si mescolano in tutto, cercano di fare da infermieri per disciplinare i loro compagni. Malgrado una ben conservata capacità al lavoro, gli infermi non seguono una occupazione durevole, perchè sogliono presentare una caratteristica *instabilità*. Essi si rifiutano tutto ad un tratto, non mantengono lungamente lo stesso posto, lasciano senza apprezzabile ragione il loro impiego, girano il mondo senza meta, conducono una strana vita di vagabondi, e in tal guisa forniscono un largo contributo agli abitanti delle prigioni e degli ergastoli; secondo le statistiche di WERTHERS il 7-8 °/₀. Tale irrequietezza è in buona parte in istretto rapporto con i periodici stati depressivi dei quali parleremo or ora. D' altra parte la ristrettezza di idee, l' egoismo e l'irritabilità degli epilettici, sono senza dubbio un buon terreno per lo sviluppo di tendenze delittuose. LOMBROSO, come è noto, ha ritenuto giustamente l'epilessia come il vero fondamento della pazzia morale e quindi dei delinquenti nati, concetto questo che però va di gran lunga oltre la meta. Sono anche frequenti morbose tendenze sessuali.

Gli infermi sono in generale lucidi e comprensibili nei loro discorsi; salutano il medico, spesso anzi con una certa affettata formalità, portano abiti netti e tengono ad essere ordinati e di buone maniere; ai loro superiori dànno con apostrofi e titoli tutto l'onore che secondo essi è dovuto. Bene spesso si ha in questi infermi un modo di fare sdolcinato, affettato e un modo di parlare caratteristicamente confuso. Uno dei miei infermi parlava del « sempre e dappertutto presente e disperante senso allucinatorio ». Alcune caratteristiche della debolezza mentale epilettica si possono rilevar bene nella seguente lettera di un infermo, che in seguito commise un omicidio e poi si suicidò; la lettera era diretta al pastore del suo villaggio:

« Permette il signor Pastore che io mi prenda la libertà di poter rallegrare il signor Pastore con alcune righe per quanto e come ne sono capace. A far ciò ricevo impulsi da tutto il mio cuore e così voglio parlare al mio stimatissimo signor Pastore dei miei sentimenti psichici e del mio benessere corporeo. Ho da lottare notte e giorno ora con la mente ora col corpo e son contento che sia così, perchè altrimenti non verobbero eseguite varie cose che insegna il santo libro per mezzo di Nostro Signor Gesù Cristo; perciò io dico: Chi si fida in Dio non ha fabbricato sulla sabbia, e poichè io lo sentii, così far provare la mia gioia anche al signor Pastore dicendo: io mi rallegro in Cristo di poter ora dire con tutto il cuore che tutto proviene da Dio e che ora non ho più alcun dubbio.

La stessa cosa ho saputo che è stato comunicato dal libro sacro. Io ringrazio ogni giorno Dio per la sua grazia che è in tutto, e sono contento che Dio mi abbia condotto fin quà perchè ha fatto a me (noi) grandi grazie e ne fa ancora più grandi a me (noi) e a molti altri uomini; ma sono beati coloro che lo comprendono. Io son servito per una lotta di molti anni, l'ho visto e l'ho inteso ma non mi sono potuto liberare, però sia lodato Dio che ha dato a me (noi) la vittoria per mezzo del nostro Signore Gesù Cristo. Io spero di divenire in molte cose più forte, già il sonno è irrequieto e migliorato.

Così attendo nuovamente la grazia della forza di Dio in Cristo Gesù.

Saluto cordialmente il signor Pastore insieme alla sua stimabilissima famiglia.

Giorgio C.

In questa lettera insignificante e futile si riconosce di leggeri la lungaggine, la stranezza nell'esprimersi, la cortesia affettata, la tendenza a dire frasi religiose, un sentimento aumentato del proprio io e la speranza.

La permanente degenerazione degli epilettici suddescritta si sviluppa nei singoli casi in modo differentissimo. Per lo più solo lievemente accennata, o riconoscibile in occasioni speciali, domina talmente in altri casi il quadro morboso, chè la diagnosi di epilessia può già venir fatta dalla caratteristica debolezza di mente, come spesso mi è avvenuto. Non molto raramente però possono aversi in tali casi anche le forme più gravi di demenza, specialmente in malati giovani.

Nel campo somatico osserviamo innanzi tutto negli epilettici alcuni segni che sono di molta importanza per il rapporto causale, come effetti di abuso di alcool, residui di antecedenti malattie cerebrali, alterazioni sifilitiche o arterio-sclerotiche, antiche cicatrici craniche. Non raramente si possono dimostrare disturbi della sensibilità. Richter (1) ne riscontrò nel 63 % dei suoi infermi; più frequentemente, nel 40,1 % anestesie a chiazze, nel 12,2 % analgesie generali, nel 10,2 % emiipoeste-

(1) Richter, *Archiv f. Psychiatrie*, XXXI, 574.

sie. Inoltre si hanno talvolta tutte le possibili sensazioni spiacevoli che sono descritte minutamente dagli infermi molto preoccupati della loro salute. Il sonno è frequentemente molto disturbato. La forza muscolare è in generale diminuita. Secondo i dati di Colucci essa dimostra molte oscillazioni, aumento prima e diminuzione dopo gli attacchi. Come residui degli attacchi riscontriamo cicatrici di ogni genere, frattura delle ossa nasali, estese scottature, mancanza dei denti anteriori. Le cicatrici da morso della lingua sono distinguibili di solito solo per breve tempo, durevolmente soltanto se erano molto profonde. Pfister ha portato recentemente la sua attenzione sulla occasionale presenza di piccole emorragie sottocutanee dopo gli attacchi epilettici; esse si ritrovano non raramente anche nella congiuntiva oculare.

La condizione morbosa permanente dell' epilettico forma la base sulla quale si possono sviluppare una serie di disturbi transitorii la cui comune caratteristica risiede nella *loro periodicità, indipendente da influenze esterne*. Innanzi tutto dobbiamo ricordare le oscillazioni dell'equilibrio psichico che mancano totalmente solo a pochi epilettici, e a cui, *senza un grave offuscamento di coscienza*, vanno uniti di segni di una forte *tensione emotiva*. Aschaffenburg la riscontrò accentuata nel 78 % dei nostri casi. Per lo più la depressione si ha tutto ad un tratto allo svegliarsi, più raramente se si sviluppa durante il giorno. In principio esiste frequentemente un certo eccitamento sessuale, che si manifesta con polluzioni, sogni, immagini voluttuose. Gli infermi divengono tutto ad un tratto di cattivo umore, ombrosi, burberi, recalcitranti, si ritraggono, non salutano, non vanno al lavoro, oppure cominciano a borbottare, a ingiuriare, a chiedere il loro licenziamento, a lamentarsi con ripetizioni continue di un danno avvenuto molto tempo prima. Inoltre sono di solito facilmente irritabili, si inquietano « perchè una mosca è sul muro », liticano facilmente coi loro compagni, e per occasioni futilissime tentano di batterli. Uno di questi infermi soleva dire che « in quel momento nessuno doveva irritarlo; se lo si lasciava in pace tutto passava ben presto ». Un altro infermo disse: « In questi giorni io non posso soffrire me stesso ». « Nessuno la può con me — io non esito a lungo »; « talvolta io sono scontento, ma poi me ne pento »; « in certi giorni sono falso »; « la bile si spande »; queste sono le frasi che dicono gli infermi riguardo ai loro « cattivi giorni ».

Con grandissima frequenza le oscillazioni emotive degli epilettici assumono la forma di intima ansia. « Io ho talvolta dei giorni nei quali la vita mi è addirittura di peso », diceva un infermo; « ciò dura parecchio tempo finchè io lo dimentico di nuovo ». Tutto questo viene

« come volando », senza alcuna causa, sebbene l'infermo talvolta dia la responsabilità a determinati fatti o impressioni. « Io sono addolorato se penso alla casa mia e non so che cosa porterà l'avvenire » disse un infermo; un altro diceva che il suo male compariva tutte le volte che egli aveva sognato sua moglie morta; il contrasto con la odierna sua vita senza gioia lo opprimeva allora fortemente allo svegliarsi. Tutto ad un tratto l'infermo diviene triste, scoraggiato « ha una specie di nostalgia », « una tristezza che proviene dall'interno », « è stanco e sazio della vita », insorgono in lui tristi pensieri, presentimenti, idee di peccato. Egli deve pensare alla sua gioventù, alla sua vita mancata, si sente solo nel mondo, è un povero diavolo abbandonato; « l'anima è abbassata ». « Io prego il Padre Eterno che mi tolga dal mondo ». Tutto è invano; egli ha tradito le cose più sacre, profanato il calice, è stato incredulo; non è sano, nè lo è stato mai. A questi appartengono forse quei casi nei quali gli infermi sono colpiti da repentina disperazione, da spavento profondo, dalla « idea del giudizio », debbono avere pensieri paurosi, senza potersi rendere un esatto conto del loro contenuto. In simil guisa possono isorgere anche disturbi psico-sensoriali. Uno studente mi raccontava che dai 13 anni, accanto ad altri disturbi epilettici, aveva avuto ogni 4-6 settimane degli stati della durata di alcune ore, durante i quali aveva udito voci che dicevano ciò che egli aveva letto o pensato. Allora egli si sentiva irrequieto, depresso ed era obbligato a camminare in sù e in giù. Altri infermi hanno ad un tratto l'idea di aver vissuto già un'altra volta la loro vita attuale, di essere costretti ad occuparsi di pensieri o ricordi determinati. Anche questi stati sono accompagnati di solito da un vivo malessere. Per lo più si aggiungono senso di confusione e di pressione al capo, scampanellio e suoni agli orecchi, difficoltà nel pensare e irrequietezza interna. Gli infermi sono in questi casi incapaci al lavoro, guardano fisso avanti a sè, restano in letto, pregano molto, oppure girano in sù e in giù senza scopo, bevono degli alcoolici, tentano spesso impulsivamente il suicidio, sul movente e sulla esecuzione del quale spesso in seguito non sanno rendersi conto. Tutti questi periodi di tristezza non durano più di alcune ore o di alcuni giorni; talvolta sembra che segua ad essi una specie di conforto, un sorprendente benessere.

Più raro è l'insorgere ad accessi di stati *espansivi* od *estatici*. Gli infermi divengono eccitati, con occhio brillante, col viso arrossato, con espressione allegra, esaltata, corrono, saltano, giuocano, commettono ogni genere di tiri birichini, gettano tutto sottosopra, burlano gli altri infermi, pregano ad alta voce e in modo solenne, esprimono talora

idee religiose di grandezza, oppure si vantano della loro elevata nascita o delle loro distinte parentele. Talvolta sembra si manifesti anche fuga di idee (1), inoltre grande eccitabilità emotiva con tendenza a commettere atti brutali. Alcuni infermi divengono improvvisamente molto agitati, gridano ingiurie enormi, uniformi, patetiche, vanno sempre più in furia. Io vidi una inferma ancor giovane cader morta ad un tratto in un simile violentissimo attacco, senza che all'autopsia si potesse riscontrare una causa macroscopica per tale esito.

Di regola i *singoli attacchi* dimostrano nello stesso infermo una straordinaria *uniformità*. Ad una determinata frase, ad un piccolo mutamento nel contegno, nella espressione del volto si riconosce subito che l'attacco è imminente, che « soffia un cattivo vento ». Si manifestano sempre di nuovo gli stessi lamenti, gli stessi impulsi e azioni, come se si cercasse di espellere l'interna agitazione. Però si hanno anche attacchi incompleti, nei quali le manifestazioni ordinarie sono solo in parte, oppure appena accennate, ovvero scompaiono molto rapidamente. I periodi intervallari tra gli attacchi sono talvolta regolari, sicchè si può predire l'insorgere delle manifestazioni con una sufficiente probabilità. Per lo più però gli intervalli cambiano; a periodi si può avere un accumulo di accessi. Allora si nota che la limitazione nel tempo dei varii stati non è più netta, ma sfumata, e si ha un' irregolare oscillazione tra umore triste e stato normale, oppure come un' ipertensione della durata di settimane o di mesi, che va mano mano dileguando con esplosioni più forti.

Quale successivo incremento di questi stati depressivi degli epilettici, molto importanti, ma per lo più poco osservati, possiamo considerare quelle forme nelle quali al tono sentimentale ansioso-irritato si associano *idee deliranti* e spesso anche disturbi psico-sensoriali. Volendo si può parlare in tali casi di stati paranoidi; alcuni di questi casi debbono aver concorso a formare il quadro morboso della « paranoia acuta ». Molto spesso questi disturbi si sviluppano in seguito ad un incipiente offuscamento di coscienza; però possono verificarsi anche con pienezza della coscienza. Gl'infermi un bel giorno divengono diffidenti senza comprensibile causa; sono irritati, minacciosi e tutto ad un tratto presentano idee di persecuzione, che sono di solito in relazione con disturbi psico-sensoriali, specialmente dell'udito, talvolta contengono anche ricordi di fatti deliranti. L'infermo si sente chiamare a nome, si sente

(1) Heilbronner, *Monatsschr. f. Psychiatrie*, *XIII*, 193.

ingiuriato e minacciato, vede volare colombi bianchi, vede il diavolo sotto forma di caprone, sente, di notte, torcersi i genitali, nei cibi sente sapore di carne d'uomo e di cane. È stato colpito da una palla nel capo, l'hanno voluto arrestare con i raggi Röntgen. Della gente sta dietro di lui, hanno ucciso la madre e il fratello, vogliono anche la sua vita, vogliono assalirlo all'improvviso, farlo a pezzi, appenderlo nel cesso. Uno dei miei infermi dichiarò di essere volentieri pronto a farsi giustiziare per ordine dei medici, ma protestava contro le supposte intenzioni degli altri infermi che volevano ucciderlo di nascosto. Egli quindi, munito di arma pericolosissima, procuratasi in segreto, rimase seduto sveglio tutta la notte sul letto per difendere la sua vita a caro prezzo. Si possono riscontrare anche idee di peccato. L'infermo indica sè stesso col nome di « figlio della voluttà e del peccato », ha peccato con parole e azioni, vede spettri perchè non prega con fervore, chiede che lo si uccida, che lo si appicchi.

La durata di questi stati è di solito di alcuni giorni; poi essi scompaiono così rapidamente come sono comparsi. L'infermo ritorna di nuovo accessibile, buono, tranquillo, non vuol sapere più nulla di « persecuzioni », ride sopra le sue « immaginazioni ». In casi isolati però le allucinazioni uditive e le idee deliranti possono permanere con piccolissime oscillazioni per settimane e per mesi, sicchè il quadro può rassomigliare moltissimo a certe forme della *dementia praecox*. Solamente gli infermi hanno accanto ad una completa coscienza e lucidità il continuo bisogno di rendersi conto della giustezza delle loro rappresentazioni morbose; riflettono sulle obbiezioni fatte loro, fanno varie prove per formarsi una sicurezza sulla natura delle voci, discutono sopra ciò che loro avviene. Per altro le percezioni deliranti li convincono sempre di nuovo, anche quando essi erano divenuti dubbiosi; gli infermi fanno ogni genere di supposizioni per spiegarsi le contraddizioni, fin tanto che le allucinazioni, e cou esse le idee deliranti, scompaiono, il che avviene spesso abbastanza rapidamente.

La rettificazione delle idee deliranti sorte durante la malattia sembra che talvolta possa anche mancare, forse quando esse sono rese più fisse da una vivace accentuazione sentimentale e quando la critica è molto indebolita. Specialmente i residui degli stati deliranti si fissano talvolta molto profondamente e si possono riscontrare occasionalmente anche negli attacchi successivi, però non sembra si abbia una successiva vera elaborazione di esse fino a giungere ad una opinione morbosamente falsificata del mondo esterno. BUCHHOLZ (1) ha descritto un caso

(1) BUCHHOLZ, *Ueber die chronische Paranoia bei epileptischen Individuen* 1895.

di epilessia associato a paranoia cronica. In questi casi si dovrebbe trattare di una specie di delirio residuale che si origina o si sviluppa di più negli stati morbosi acuti, senza però che nei periodi intervallari abbia sulla coscienza quella azione che il delirio paranoico ha di regola sopra il pensiero e la condotta.

Il secondo gruppo capitale dei disturbi psichici epilettici è caratterizzato da un maggiore o minore *offuscamento della coscienza*, e questi stati sono indicati col nome di *stati crepuscolari*. Questi però, attraverso una serie di gradi intermedi, si confondono con gli stati fino ad ora descritti. Anche in questi casi abbiamo forse a fare con un certo mutamento dello stato di coscienza che viene risentito dall'infermo come qualche cosa di estraneo. Con lo scomparire del disturbo cade spesso all'infermo « come una benda dagli occhi », analogamente a ciò che abbiamo visto nel delirio alcoolico. Gross ha potuto dimostrare in alcuni casi che in questi stati depressivi possono esistere i primi lievi accenni di un offuscamento della coscienza, un rallentamento e un difficoltamento della percezione, benchè ciò non sia subito ben riconoscibile da chi osserva. Non raramente vediamo che una semplice depressione produce uno stato crepuscolare, oppure si giunge a questo stato sotto l'influenza dell'alcool.

D'altra parte però noi riscontriamo nell'epilessia gli offuscamenti di coscienza più profondi che si conoscono; essi accompagnano di solito gli attacchi convulsivi epilettici. I *prodromi* di questi sono dati da semplici stati depressivi, da sogni irrequieti, sensazioni sgradevoli ritornanti sempre in ugual guisa, cardiopalmo, eccitamento sessuale, contrazioni in singoli gruppi muscolari.

Immediatamente prima degli attacchi possono comparire svariate sensazioni morbose, paropsie, perdita della percezione dei colori, ingrandimento o impicciolimento delle immagini visive, ronzii, suoni e rumori agli orecchi, audizioni di determinate parole, strani odori di cibi, di tabacco, sapore d'inchiostro, dolori di capo, senso di calore, tremori, punture, solletichi in varie parti del corpo, sensazioni di caldo o di freddo *(aura)*. Insorgono determinati pensieri, dubbii sulla esistenza di Dio, ricordi, falsificazioni mnemoniche, sordità verbale, disturbi afasici, ripetizione uniforme della stessa parola, impulsi coatti, movimenti involontarii; poi la coscienza si offusca e il vero attacco comincia per lo più con un grido. Questi prodromi che si trovano circa nel 30-50 % dei casi durano di solito solo brevissimo tempo, pochi minuti o secondi. Talvolta gli infermi possono impedire l'insorgenza dell'attacco con alcuni mezzi speciali già sperimentati, quali inghiottire del

sale, fare determinati movimenti, prestare profonda attenzione. Una delle mie inferme poteva impedire spesso l'attacco gridando ad alta voce: « Sia lodato Gesù Cristo ».

Insieme con l'attacco che s'inizia fulmineamente si spegne la coscienza. La percezione delle impressioni esterne, come anche la produzione di rappresentazioni, sono completamente abolite; in luogo di azioni volitive si hanno involontarie contrazioni muscolari. Dapprincipio si ha un repentino rilasciamento dei muscoli; l'infermo stramazza a terra, talvolta cade sul fuoco o nell' acqua. Uno dei miei infermi si annegò avanti all' infermiere, nella vasca da bagno entro la quale cadde a capofitto, senza che fosse possibile trarre fuori in tempo il corpo vestito, pesante, rigido. Il secondo periodo dell'attacco è formato da una rigidità tonica di tutta la muscolatura; poi dopo breve tempo seguono movimenti violenti spasmodici convulsivi nei più diversi gruppi muscolari, dei quali non starò qui a fare la completa enumerazione. Durante tutta la durata di queste convulsioni tonico-cloniche che possono prolungarsi per alcuni minuti, la coscienza, per quanto noi possiamo giudicare, è completamente abolita. Gli infermi sono insensibili alle ferite piu gravi, si mordono la lingua profondamente, battono la testa sul pavimento, rimangono col volto vicino alla stufa accesa. Le pupille sono dilatate e rigide, talvolta dopo una miosi iniziale sono state riscontrate oscillazioni cloniche dell' iride. Gli occhi sono in preda a movimenti vivaci, convulsivi, sono rotati verso l'alto. I riflessi mancano; non raramente è presente il segno di Babinski. Spesso si ha perdita involontaria di urina e feci e anche di sperma. Tutti i movimenti volontari sono scomparsi.

Anche dopo l' attacco, quando alla violenza della convulsione è succeduto il rilasciamento, permane dapprincipio ancora una confusione più o meno profonda che direttamente può condurre ad un sonno lungo, pesante. Il ritorno della coscienza avviene molto di rado tutto ad un tratto, di solito si verifica gradualmente, attraversando uno stato più o meno lungo di ottundimento. Gli infermi non comprendono le domande loro rivolte e non possono rispondere, parlano in modo confuso, parafasico; non sanno bene dove e in quale condizione si trovino, prendono in iscambio le persone, si rotolano, si stirano, frugano, cercano di spogliarsi, si mettono a letto, fanno movimenti come per salire una scala, bevono nel vaso da notte, si mettono ogni specie di oggetti in tasca. Indubbiamente si riscontrano spesso vivaci disturbi psico-sensoriali.

I singoli fenomeni parziali dell'attacco epilettico sono fino ad un certo punto indipendenti l'uno dall'altro. Dagli attacchi convulsivi com-

pleti, per svariati passaggi si giunge a quelle forme nelle quali sono appena accennati questi o quei disturbi. Così può mancare completamente nel quadro l'offuscamento della coscienza. Vero è che in tal caso sono anche poco sviluppati i fenomeni convulsivi; si hanno convulsioni circoscritte, movimenti a balzi, improvvisa, involontaria mancanza di forze in una gamba o in un braccio; anche paralisi periodiche dei muscoli oculari e parziali disturbi vasomotorii, cardiopalmo, scialorrea, sudori profusi, sono stati descritti come forme lievi degli attacchi epilettici.

Però per noi sono di assai maggiore importanza quei casi nei quali i sintomi convulsivi o paralitici sono meno accentuati di fronte al disturbo della coscienza. Innanzi tutto si debbono menzionare quelle forme nelle quali la convulsione è appena accennata da un lieve travolgimento degli occhi, da un transitorio irrigidimento, da alcuni caratteristici stereotipici movimenti, da esclamazioni incomprensibili, da riso convulso. La coscienza suole allora essere offuscata per brevissimo tempo e perciò gli infermi non si accorgono affatto del loro strano contegno. A questi casi appartengono anche alcuni di quelli a cui si dà il nome di « epilessia procursiva ». In tali casi gli infermi perdendo la coscienza, tutto ad un tratto si alzano e si allontanano rapidamente, guardando fissi innanzi, oppure fanno correndo alcuni passi avanti. L'attacco può finire così, oppure seguono le convulsioni ordinarie. A questo punto si debbono anche ricordare gli attacchi musicali, cioè l'impulsivo subitaneo bisogno di cantare, descritti da De Sanctis. Tutte queste forme di attacchi epilettici conducono gradatamente a quelle forme che si sogliono chiamare « petit mal » in contrasto con le forme di « grand mal » con cui si indica l'attacco convulsivo completo. Di tutti questi lievi disturbi voglio ricordare specialmente gli *attacchi di vertigine*, gli *svenimenti* e gli *attacchi di sonno*, nei quali in certo modo sono uniti sintomi paralitici all'offuscamento della coscienza. Impronta un po' diversa hanno le *assenze* o brevi lacune della coscienza. Queste sono caratterizzate dal fatto che il malato interrompe tutto ad un tratto la sua occupazione, il suo discorso, e rimane immobile nella sua posizione per continuare dopo alcuni secondi, senza coscienza dell'avvenuto, come se nulla fosse accaduto.

Con questa ultima forma di attacchi epilettici siamo entrati in un campo nel quale mancano completamente i fenomeni somatici parziali del completo attacco convulsivo e si collegano con quella serie di disturbi già ricordati, nei quali i sintomi si dimostrano solo nel campo psichico e quindi li possiamo comprendere con i semplici stati crepu-

scolari sotto il nome di « epilessia psichica » (1). Nel quadro del grande accesso epilettico noi vediamo insorgere gli stati depressivi, i disturbi psico-sensoriali, i disturbi paranoidi, senza offuscamento di coscienza, piuttosto come prodromi o come aura, mentre gli stati crepuscolari sogliono più di frequente seguire le convulsioni e più raramente presentarsi prima.

Secondo le relazioni di tempo con gli attacchi convulsivi si suole distinguere una psicosi « preepilettica » e una « postepilettica », distinzione che sotto determinati punti di vista ha una certa ragione. Però non esistono tra queste due forme profonde differenze. Piuttosto possiamo ammettere che in ambedue i casi abbiamo a che fare con la stessa serie di fenomeni morbosi, che in un caso si sviluppa solo lentamente e nell'altro scompare lentamente. Molto spesso si mescolano anche uno o più attacchi convulsivi nel decorso di un attacco psichico più lungo, sicchè i disturbi pre- e postepilettici si confondono senza limiti netti.

Le forme più semplici e più frequenti degli stati crepuscolari epilettici portano l'impronta di una *confusione sognante*, accompagnata spesso da disturbi psico-sensoriali. La percezione e il decorso ideativo degli infermi si offusca, essi confondono persone e luoghi, odono voci, suoni di campane, ronzii e sussurrii nella testa, vedono l'ambiente come cambiato, strano. La camera è piena di fumo, corvi gracchianti li inseguono, le acque del fiume sembra che salgano. Insorgono anche idee deliranti incoerenti. Gli infermi credono che i loro compagni siano povere anime, dicono di essere stati cloroformizzati o sezionati, affermano di essere il Granduca o l'imperatore Giuseppe. In questo stato sognante commettono azioni insensate, abbandonano il lavoro, girano senza meta, hanno spesso la tendenza a bere grandi quantità di alcool. Dopo poche ore o giorni si risvegliano senza avere un chiaro ricordo dell'avvenuto, meravigliati di trovarsi in condizioni diverse di prima. Una giovane contadina in uno di questi attacchi da cui fu colpita, mentre falciava, corse in un ruscello continuando sempre a fare meccanicamente il movimento di falciare. In seguito in uno stato analogo appiccò due volte il fuoco (ciò avviene molto frequentemente nei giovani epilettici) e commise molti furti, portando tutti gli oggetti che le capitavano tra mani in un angolo nascosto. Un altro

(1) Ducosté, *De l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier, d'un de ses équivalents psychiques: le suicide impulsif coscient*, 1899.

infermo appiccò il fuoco al letto con l'intenzione di farsi il caffè. Un altro si denunziò per lettera all'Autorità confessando dettagliatamente varii delitti non commessi: una volta di attentato contro il pudore, un'altra volta di omicidio. Per il primo reato fu condannato, e solo nella seconda istruttoria si potè constatare la inconsistenza della prima auto-accusa. L'infermo affermava che in alcuni periodi non era in grado di vincere il pensiero di aver commesso questo o quel reato; sentiva come se qualcuno stesse dietro di lui e gli dicesse di denunziarsi alla polizia. Più tardi spiegava: « Io non ho mai avuto a fare con omicidi e assassini ».

In alcuni casi gli infermi mostrano nello stato sognante d' offuscamento della coscienza un eccitamento allegro, sfrenato, sicchè possono fare dapprincipio l'impressione di ebbri. Hanno contegno impertinente e arrogante, gridano, cantano, smaniano, ingiuriano, ridono, ballano, si spogliano, rispondono, ma non comprendono ciò che li circonda e non se ne interessano Infine appartengono a questa categoria alcuni casi in cui insieme a ottusa confusione si manifesta periodicamente un impulsivo eccitamento sessuale. Questi infermi si masturbano, talvolta anche pubblicamente, scoprono i genitali per la strada e avanti a donne e bambini, commettono tentativi sessuali. Non di rado questi stati dànno occasione per i *militari* a perizie mediche, perche di queste condizioni possono venire facilmente commesse insubordinazioni e anche diserzioni.

Molto frequentemente questi stati crepuscolari prendono la forma del *sonnambulismo*. Qualche accenno di tale disturbo (parlare ad alta voce nel sonno, alzarsi e muoversi con vivacità nel letto) si possono riscontrare anche in bambini a predisposizione nervosa senza che vi sia un vero fondamento epilettico. Le azioni dei malati sono di solito in questi casi molto semplici, esercitate da lunga abitudine; si alzano dal letto, girano per la camera o per la casa, accendono il lume, attizzano il caminetto, aprono e chiudono le porte, ecc., e dopo poco tempo (da alcuni minuti fino a mezz'ora) ritornano per lo più tranquillamente a letto. Gli occhi intanto sono chiusi o aperti a metà, fissi. La visione del mondo esterno è molto limitata; vengono osservati solo quegli oggetti che si trovano proprio avanti all'infermo; tutto il resto sfugge. Così avviene che il sonnambulo suole occuparsi solo con quegli oggetti che si trovano al loro posto usuale e non è possibile che vada alla ricerca di altri. La percezione dell' ambiente sembra sia falsificata in modo sognante; il sonnambulo che monta sopra la finestra la crede una porta, ecc.

I movimenti portano per lo più i segni dell'automatismo, ma provengono. senza dubbio da processi coscienti, perchè nell'evitare e nel superare gli ostacoli tradiscono i segni della riflessione, sebbene oscura. La sicurezza con la quale a volte i sonnambuli si muovono in situazioni difficili, nelle passeggiate sui tetti, si spiega solamente con la loro incompleta percezione che fa sì che la visione del pericolo non giunge alla loro coscienza e in tal modo non si hanno i sentimenti di ansia da cui dipende la nostra incertezza quando ascendiamo ad altezze vertiginose. In casi eccezionali gli atti compiuti dai sonnambuli non si limitano a processi psichici semplici ma interessano funzioni psichiche più elevate. Così vengono narrati esempi nei quali si son potuti fare con tali infermi lunghi discorsi su cose indifferenti, furono scritte poesie, spedite ricette e risolti problemi. In tali casi esiste una stretta parentela con gli stati crepuscolari ipnotici.

Per lo più è sufficiente parlare ad alta voce, oppure spruzzare gli infermi con acqua fredda o agire con stimoli adeguati, per risvegliare dal suo stato il sonnambulo. Per ragioni facili a comprendersi si deve evitare di svegliarli in situazioni pericolose, perchè la viva emozione che sopravviene immediatamente priva l'individuo che si trova in pericolo della sicurezza dei movimenti. I lunghi attacchi di sonnambulismo si riconoscono per lo più al risveglio la mattina successiva per il senso di spossatezza e abbattimento. Il ricordo di ciò che è stato compiuto per lo più non si ha, però lo si può ridestare più o meno completamente con l'ipnosi.

Quei casi nei quali ad un *subitaneo risveglio dal sonno* succede una durata più o meno lunga di offuscamento della coscienza con falsificazione illusoria della percezione, sono verosimilmente da riportare ad una base epilettica. Gli infermi svegliandosi credono, poichè continuano le impressioni ansiose del sogno, di trovarsi in grave pericolo; e nella loro confusione commettono spesso azioni pericolose, specialmente contro i compagni di camerata. Noi possiamo ammettere che in questi casi abbiano preceduto attacchi epilettici durante il sonno. Hermann (1) ha risvegliato dal sonno alcuni epilettici dopo l'attacco e ha potuto mettere in evidenza che in tali casi si osserva difatti uno stato di breve durata di smemoratezza e di confusione, durante il quale vengono commesse azioni insensate.

Le forme più accentuate e di più lunga durata del semplice offuscamento della coscienza vengono indicate col nome di *stupore epi-*

(1) Hermann, *Russische Medicinische Rundschau*, II, 129, 1903.

lettico. In questi casi talvolta l'ordine esteriore nelle azioni rimane in certo modo del tutto ben conservato; gli infermi lavorano, mangiano, parlano, però tutto avviene come in sogno e senza lucida intelligenza e anche senza un vero ricordo; non possono rispondere alle domande più semplici, non ricordano il loro nome, non sanno la loro età. Gli infermi mostrano per lo più una espressione del volto stuporosa, rigida, non parlano o al massimo pronunciano parole a tratti, incoerenti, balbettanti o bisbiglianti, non trovano i nomi degli oggetti che vengono loro mostrati. Esteriormente si mantengono calmi, restano rigidi in letto, non si possono muovere, si insudiciano, rimangono indifferenti per ciò che avviene nell' ambiente, non rispondono ad alcuna domanda, lasciano che le mosche passeggino sul loro volto. Molto spesso si ha ecolalia o ecoprassia; i movimenti sono a volte malsicuri e tremolanti. Alle influenze esteriori gli infermi si oppongono per lo più con violenza e talvolta anche con repentine e gravi aggressioni, in alcuni casi si è osservata di tempo in tempo catalessia. Dai movimenti espressivi degli infermi, dal loro pauroso accoccolarsi, dallo scuotere del capo, dal giungere le mani, dall'inginocchiarsi, si può comprendere come i malati siano probabilmente dominati da confuse idee deliranti, le quali sembra che abbiano spesso un contenuto spaventevole, orribile, talvolta però anche un contenuto gioioso, religioso-estatico. Gli infermi credono di essere all'inferno, in un mondo soprannaturale, vedono l'Arcangelo Michele con la spada fiammeggiante, spiriti beati con corone bianche come neve. Il nutrimento viene di solito completamente o in parte rifiutato; il peso del corpo diminuisce rapidamente, il polso è piccolo e lento; talvolta io ho riscontrato profuso sudore. Non sono rare impulsioni suicide.

La durata di questo stato è nei casi più lievi di 1-2 giorni, ordinariamente però è di 8-14 giorni; in un decorso molto grave è anche considerevolmente più lunga. La scomparsa è quasi sempre graduata. L'infermo nel corso di alcuni giorni diviene più lucido, si può orientare di nuovo nel suo ambiente, non ha alcuno o solo un indistinto ricordo dell'attacco; « mi mancano due giorni » diceva uno di questi infermi. Al massimo egli riferisce che gli sono successe molte cose orribili e che ha avuto grande paura; forse per alcuni giorni ne rimane oppresso e abbattuto. Alcune volte io vidi, durante la lenta scomparsa dell' offuscamento della coscienza, mantenersi una straordinaria suggestibilità, che ricordava completamente il comportamento nella ipnosi. Fu potuta convincere una giovane donna che essa aveva ora 7, ora 70 anni, inoltre che portava una dentiera artificiale, che era stata

morsa da un orso, che aveva rubato, che aveva un figlio adulto in America. Per più giorni essa acconsentì a tutte queste suggestioni, e le completò e le mantenne, però in modo apatico e indifferente. In alcuni casi lo stupore e la confusione scompaiono con estrema lentezza.

Gli infermi divengono man mano, ma lentamente più liberi nel loro contegno, si alzano, passeggiano, si tengono puliti, forse anche cominciano ad occuparsi, ma restano per lungo tempo muti, chiusi, inaccessibili, goffi, si tengono appartati. Così con ricadute ed accessi convulsivi ripetuti possono trascorrere mesi, e anche dopo il miglioramento definitivo l'infermo rimane per lungo tempo poco lucido, confuso e ottuso.

Il disturbo mentale degli epilettici praticamente molto più importante è il *delirio ansioso*, che viene osservato molto più di frequente dello stupore, anche senza che si siano avuti attacchi convulsivi. Lo sviluppo di questo stato decorre rapidamente durante pochi minuti o al massimo poche ore. Però spesso precedono poco prima stati di depressione, sogni ansiosi, sensazioni caratteristiche e stupore, fin tanto che repentinamente scoppia il vero attacco. Bene spesso l'inizio è dato da un disturbo psico-sensoriale molto distinto, che si ripete regolarmente; la più frequente è la percezione di un uomo nero, il vedere oggetti rossi, sangue, fiamme, un uomo col mantello rosso, ecc. L'infermo perde completamente l'orientamento; l'ambiente è cangiato; insorgono altri disturbi psico-sensoriali e idee deliranti ansiose. Egli comprende solo incompletamente ciò che succede intorno a lui, sente le voci che lo minacciano e lo ingiuriano, deve essere castigato perchè è onanista, sente parlare Dio, ode il rumore del carro dei morti, deve morire, ha commesso qualche cosa di grave, si sente afferrare, si vede contornato da diavoli, da spettri, da bestie feroci, da grandi folle che vengono dal muro e che spesso lo aggrediscono da tutte le parti. Avanti alla finestra sta un uomo che vuole fucilarlo, egli ha già i proiettili in corpo; il medico medita cose malvagie; il latte e il pane hanno sapore di zolfo. Si combattono battaglie; viene apprestato un orribile bagno di sangue; egli guazza nel sangue e passa sopra i cadaveri; la madre e la sorella sono morte in ferrovia; la casa vien fatta saltare in aria. Viene condotto in un passaggio sotterraneo in cui sono fatti a pezzi uomini e animali sopra terribili strumenti di tortura. Tutto crolla sopra l'infermo; gli vengono tolte l'aria e la luce, è avvenuto il supremo giudizio; egli è mandato all'inferno. Nello stesso tempo s'impossessa di lui una profonda ansia mortale, sicchè egli tremante aspetta la sua fine, balbetta una preghiera dopo l'altra, oppure con solenni parole rimette la sua vita nelle mani di Dio. In mezzo a queste s'intro-

mettono espressioni fantastiche: l'infermo è giunto ieri con la posta, è stato arruolato nella milizia, ha parlato col Granduca. Talvolta appaiono anche Dio e Cristo che danno all'infermo la libertà, gli annunziano la grazia, lo incoronano imperatore della pace, con magnifiche carrozze lo conducono in paradiso, in cielo, dove gli appare la sua santa madre; però simili avvenimenti gioiosi sono di regola solo intermezzi che passano rapidamente.

L'*umore fondamentale* più o meno distintamente accentuato di tutto l'attacco rimane sempre l'eccitamento ansioso o iroso. Questo conduce l'infermo con grande frequenza a gravi violenze, che si distinguono per la brutalità senza riguardo con cui vengono eseguite. All'infermo sembra di dover tagliare il collo alla moglie, di dover appiccare i bambini, di doversi fucilare. Cerca fuggire, vuole scendere dalla finestra, o nel disperato impulso di togliersi ai presunti, terribili pericoli, o per salvare la sua vita, prende la prima arma che gli viene a mano per servirsene contro sè stesso o contro chi lo avvicina. Col capo fortemente arrossato e con l'espressione del volto fissa, muto o pronunciando frasi monche incoerenti o emettendo grida e muggiti inarticolati, egli infuria con tutta la sua forza senza ordine e senza meta, distruggendo e rovinando tutto ciò che gli capita. A questi casi appartengono quelli osservati spesso tra i soldati che tutto ad un tratto ciecamente e pazzamente esplodono il fucile ferendo od uccidendo numerose persone. Forse nel cosidetto « Amok » dei Malesi si tratta di stati simili. Talvolta le azioni degli infermi trovano la loro giustificazione in una idea che insorge rapidamente, in un disturbo psico-sensoriale o in un impulso. Così mi ricordo il caso di un garzone di birraio che fu indotto dal demonio sotto forma di cane nero ad uccidere un suo camerata che dormiva. Un altro infermo dicendo: « Se sei un ebreo, devi morire », andò contro uno sconosciuto e col coltello gli inferse una profonda ferita: un altro durante una processione sentì che il suo braccio si alzava e ricadeva con grande forza sopra una povera vecchia che stava seduta per la strada. In questi casi gli infermi possono, ad una osservazione superficiale, far l'impressione di essere abbastanza ordinati e possono giustificare dapprincipio la loro azione in modo insensato, ma però coerente.

La *durata* del delirio ansioso epilettico si prolunga spesso solo alcune ore, al massimo per una o due settimane. La coscienza talvolta torna repentinamente dopo un lungo sonno; per lo più però essa ritorna lucida solo gradatamente, sicchè si mescolano transitoriamente in modo strano idee deliranti con idee normali. Uno dei miei infermi nel-

l'ultimo giorno di un tale delirio indicò me col nome di Dio, l'Assistente della Clinica fu chiamato Cristo, mentre riconobbe in modo completo le sale della Clinica che erano già a lui note. Talvolta l'infermo può sembrare quasi completamente lucido e normale, mentre in verità egli è ancora molto confuso ed è dominato da svariati ricordi deliranti, come pure da falsificazioni percettive, contegno questo che si rende noto solo in seguito quando cessa completamente il delirio.

Una forma un po' più rara degli stati crepuscolari epilettici è il *delirio cosciente*, che ha un decorso più lento e che viene parimenti osservato in seguito ad un attacco convulsivo, oppure come attacco psichico indipendente. L'offuscamento della coscienza è in tal caso meno profondo, sicchè gli infermi sembrano dal loro contegno esterno quasi completamente coscienti. Però la percezione del mondo esterno è molto difficoltata; svariate percezioni illusorie e allucinatorie mostrano all'infermo immaginarii pericoli; per lo più contemporaneamente sono presenti idee di grandezza. In uno stato simile uno dei miei infermi ordinò biglietti da visita col nome di Federico Fieschi Conte di Lavagna, si mise come decorazione la nappina di un elmo da soldato e andò così a passeggio; in seguito cercò di uccidersi con una piccola pistola tascabile. Sebbene a domande semplici l'infermo dia risposte abbastanza giuste, spesso però mescolate con elementi deliranti, pure nel complesso il suo contegno lascia riconoscere una certa confusione e disorientamento. Egli è di umore irritabile, per lo più un po' ansioso, raramente molto allegro; molto spesso tenta di fare improvvise violenze a causa di svariate idee deliranti, che però in generale non vengono completamente manifestate. In altri casi la coscienza è ripiena di immagini sognanti, l'infermo non riconosce le persone, si hanno disturbi psico-sensoriali a colorito preferibilmente religioso (fine del mondo, giorno del giudizio) e durante tale stato l'infermo con apparente coscienza può commettere una grande quantità di cose insensate e anche azioni criminali (furti, incendi, ribellioni alla forza pubblica, attentato al pudore), senza che comprenda affatto la gravità di questi atti. Simili stati possono durare alcune settimane e anche più mesi; si possono presentare l'uno in seguito all'altro, e si possono presentare consecutivamente numerosi accessi divisi da brevi intervalli.

Ha eccitato l'attenzione degli Alienisti la tendenza di questi infermi a compiere lunghi *viaggi* senza scopo, ciò che è stato descritto sotto diversi nomi *(porismania)*. Gli infermi sentono tutto ad un tratto l'impulso irresistibile di andar via ad ogni costo, impulso che cercano di soddisfare o errando a piedi o con viaggi in treno o anche sopra i piroscafi. Essi lasciano ad un tratto le loro occupazioni, prendono senza bagaglio e

anche senza danaro il primo treno che parte, spesso viaggiano sulla stessa linea nell'andata e nel ritorno; pernottano nelle foreste, in un granaio, sopra mucchi di paglia, oppure continuano a camminare fino all'esaurimento. Dopo giorni o settimane si ritrovano in un luogo qualunque a loro straniero. Molto noto è il caso riferito da Legrand du Saulle di un mercante parigino che colpito repentinamente da un simile attacco si riebbe sulla spiaggia di Bombay. Durante i viaggi gli infermi possono mantenere un contegno abbastanza corretto, comperare biglietti, andare ad alloggiare in alberghi, pagare, conversare. Di solito però si rileva in questi infermi qualche speciale fenomeno. Alcuni fanno l'impressione di essere lievemente ebbri; altri fanno discorsi strani, sembrano distratti, dimenticano o perdono le loro robe, rimangono seduti per intere giornate nella loro camera guardando fissi avanti a sè, sono scarsi di parole e poco accessibili. È appunto l'associazione di singole azioni immotivate e insensate con un contegno ordinato che è frequente a riscontrarsi negli stati crepuscolari epilettici.

Sulle condizioni della coscienza durante lo stato crepuscolare, il successivo contegno della memoria ci dà sicuri schiarimenti. Molto frequentemente esiste una lacuna mnemonica molto ben circoscritta; da un dato momento l'infermo non sa più rendersi conto di ciò che è a lui avvenuto fino al punto in cui si trovò ad un tratto in una situazione del tutto diversa senza sapere come ciò era avvenuto. A volte la perdita della memoria si estende in modo *retrogrado* a periodi più o meno lunghi precedenti all'attacco, come si osserva talora anche dopo semplici attacchi convulsivi, traumi al capo, tentativi di appiccamento. Gli infermi inoltre non possono ricordare ciò che è loro avvenuto durante uno stato che certamente era del tutto normale. Alzheimer ha riferito dei casi nei quali la perdita della memoria si estese fino ad un anno e mezzo, sicchè gli infermi non sapevano nulla del cambiamento di casa avvenuto in questo periodo, nè dell'ultimo bambino nato. Per lo più tali fatti ritornano spesso tutto ad un tratto alla memoria dell'infermo, mentre il ricordo di ciò che ha preceduto di poco l'attacco può essere durevolmente perduto. Anche il ricordo degli avvenimenti deliranti che dapprincipio era completamente perduto, può dopo alcune settimane risorgere di nuovo, per quanto in modo confuso. D'interesse speciale è il fatto che durante l'ipnosi, con insistenti domande, si riesce talvolta a risvegliare quei ricordi che al volontario tentativo mnemonico era completamente impossibile rievocare.

Tali casi formano il passaggio a quelli in cui il ricordo di alcuni avvenimenti rimane ancora conservato, mentre tutto il resto è an-

dato perduto. Spesso, come ha messo in evidenza SIEMERLING, rimangono conservati dei particolari indifferenti, specialmente le prime impressioni per un mutamento di luogo, mentre il ricordo delle violenze compiute nella più forte agitazione suole essere spento. Non raramente del resto anche il ricordo di questi avvenimenti è abbastanza lucido subito dopo averli commessi e anche per tutta la durata dell'attacco, per poi scomparire rapidamente e completamente. Tutte queste possibilità rendono necessaria una grande cautela in tali casi, specialmente per il giudizio *forense*. Il sospetto di una simulazione sembra molto facile quando il malfattore si ricorda solo circostanze accessorie completamente indifferenti, ma dice di non ricordare l'incendio o il ferimento da lui commesso nello stesso tempo, quando rinnega successivamente una confessione da lui fatta all'inizio e messa a verbale, o quando egli dapprincipio nega con ostinazione, ma in seguito confessa, apparentemente dopo insistenti rimostranze.

Per comprendere tali fatti che sembrano a prima vista pieni di contraddizioni dobbiamo richiamarci a ciò che si verifica anche nella memoria normale. Questa anche in condizioni normali è tutt'altro che completa. Specialmente dopo un lungo periodo bene spesso sono solo quadri isolati scelti come per combinazione che rimangono fissi distintamente, specialmente alcune prime impressioni. Invece noi mescoliamo volentieri, proprio come si osserva negli epilettici, vari fatti simiglianti e ne dimentichiamo altri intermedii. Anche di avvenimenti che ci hanno potentemente eccitato noi possediamo spesso solo un ricordo indistinto, anche quando noi siamo intervenuti attivamente; dopo ciò resta in noi « come un sogno ». Negli epilettici tutte queste imperfezioni mnemoniche sono molto accentuate, e senza confronto molto più gravi.

Il contegno della memoria negli stati crepuscolari epilettici corrisponde inoltre quasi completamonte a ciò che si verifica nel sonno e nei sogni. Anche in questi casi noi riscontriamo lacune mnemoniche nettamente circoscritte; d'altra parte possono rimanere del sogno alcuni ricordi, mentre tutto il resto svanisce. Molto spesso allo svegliare o subito dopo siamo ancora in grado di ricordarci del sogno, mentre in seguito questo ricordo scompare definitivamente dalla nostra memoria. Oppure questi ricordi tornano durante il giorno con o senza una occasione esteriore, dopo che noi ci siamo affaticati invano a richiamarli.

Proprio questo grande accordo e molte altre ragioni mi sembrano la prova decisiva che negli stati epilettici crepuscolari abbiamo a fare

con uno stato di offuscamento sognante della coscienza. Vero è che in casi non molto rari il ricordo dei fatti morbosi rimane molto ben conservato. Tuttavia osserviamo la stessa cosa anche nel sogno, cioè durante uno stato di offuscamento della coscienza. Bonhöffer ha inoltre osservato molto ragionevolmente che i ricordi dello stato crepuscolare prendono per sempre una posizione molto caratteristica nella coscienza degli infermi. Essi, come i nostri ricordi dei sogni, non hanno una parte importante durante il pensiero nella veglia, non vengono successivamente elaborati, non acquistano un rapporto più intimo con la coscienza della personalità. L'infermo che ha commesso un incendio durante uno stato crepuscolare racconta il fatto come se fosse avvenuto ad una terza persona; non se ne preoccupa, non cerca di farne scomparire le tracce, di riparare il suo torto, di impedire che si ripeta. D'altra parte a volte succede anche che alcuni avvenimenti deliranti non vengano rettificati dagli infermi, ma ritenuti durevolmente come reali; fatto questo che si dimostra in modo analogo anche nella elaborazione psichica dei sogni nei popoli primitivi.

Quali fenomeni concomitanti *somatici* degli stati crepuscolari epilettici sono da ricordare l'aumento dei riflessi tendinei e la forte dilatazione delle pupille, unita a reazione torpida alla luce; più volte io vidi accentuato dicrotismo del polso (rilasciamento delle pareti vasali). Inoltre in casi nei quali avevano preceduto attacchi convulsivi si può riconoscere tutta una serie di altri segni morbosi, quali restringimento del campo visivo, discromatopsia, disturbi della sensibilità cutanea, dell'olfatto e del gusto, diminuzione della forza muscolare, lievi fenomeni paralitici, parola difficoltata, rallentata, indistinta, parafasie, nistagmo, ecc.

La *frequenza* degli stati crepuscolari epilettici nei varî infermi è molto diversa. Mentre talvolta si ripetono a brevissimi intervalli, esistono d'altra parte dei casi, nei quali, accanto ad attacchi epilettici di altro genere si manifestano accentuati stati crepuscolari solo una o due volte durante la vita. In moltissimi epilettici questi stati non si presentano mai. Nello stesso infermo i singoli attacchi sogliono presentare una grande uniformità riguardo al loro contenuto e al loro decorso. Così il delirio cosciente che in uno dei miei infermi si presentava quasi ogni anno, cominciava quasi regolarmente con l'affermazione di aver ricevuto una revolverata da un impiegato di polizia. In seguito si ebbe uno stato crepuscolare a metà sognante e a metà cosciente, interrotto spesso da attacchi convulsivi, dal quale dopo alcune settimane un mattino l'infermo si svegliò lucido, ma senza alcun ricordo del periodo intervallare.

Fra le *cause* dell'epilessia l'*ereditarietà* viene in prima linea. Nei casi con esatta anamnesi io riscontrai la predisposizione ereditaria nel-

l'87 %, e in più di ¼ degli stessi casi l'epilessia nei genitori; LANGE (1), riscontrò questa solo nell'8 % dei suoi infermi. ECHEVERRIA, invece dimostrò che i soggetti discendenti da genitori epilettici in più della metà dei casi soffrono di convulsioni. Negli antenati e nei parenti degli epilettici si riscontrò inoltre con grandissima frequenza, come riferisce FÉRÉ, emicrania, per di più eclampsia, disturbi psichici, demenza senile, al massimo ⅕ dei figli rimane normale. Infine una importanza del tutto speciale ha per l'origine della epilessia nei discendenti l'alcoolismo; secondo i dati di WILDERMUTH la sua influenza non è molto inferiore a quella che si verifica nelle malattie mentali cioè il 21 %. NEUMANN stabilisce che circa nel 23,7 % dei casi l'epilessia può riferirsi all'alcoolismo di uno o di ambedue i genitori. MARTINI giunge alla conclusione che dei figli sopravviventi, nati da genitori alcoolisti non meno di ⅓ ammala di epilessia. La sifilide ereditaria si riscontra secondo i dati di BRATZ e LÜTH (2) nel 4—7 % degli epilettici. Secondo il loro modo di vedere la malattia è determinata o da gomme, meningiti, alterazioni vascolari, disturbi nutritivi generali, oppure da diminuzione della capacità di resistenza di fronte alle altre malattie. Si è attribuita importanza per l'insorgenza della epilessia nei figli anche alla notevole differenza di età dei genitori, come pure a gravi eccitamenti emotivi della madre durante la gravidanza.

Ad ogni modo l'epilessia si sviluppa di solito sopra un fondo di *degenerazione ereditaria.* Questa si manifesta spesso con sintomi somatici, specialmente con malformazioni craniche, microcefalia, idrocefalia, asimmetrie, oppure con la « *facies* epilettica » che è caratterizzata dalla fronte larga, dal naso schiacciato, svasato, da zigomi sporgenti, da labbra grosse e da occhi lucenti con pupille molto dilatate. A ciò và unita l'osservazione che una parte considerevole di epilettici offre già fin dalla giovinezza un certo grado di debolezza di mente. Anche altri sintomi di degenerazione non sono rari. È finora incerto se la rachitide, che si riscontra non molto raramente nell'anamnesi deglie pilettici, debba essere riguardata quale causa o quale altra conseguenza delle stesse influenze nocive. BÉDET in 40 famiglie di epilettici trovò che la durata della vita dei genitori e degli avi era al disotto della media e abbassata anche quella dei fratelli. Secondo i dati di questo autore gli epilettici appartengono a famiglie che hanno molti figli, però essi alla loro

---

(1) LANGE, *Psychiatrische Wochenschrift, I,* 320.

(2) BRATZ, *und* LUTH, *Archiv f. Psychiatrie, XXXIII,* 621.

volta generano un piccolo numero di figliuoli dei quali molti muoiono di malattie organiche cerebrali.

L'epilessia comincia, nella grandissima maggioranza dei casi, in età giovanile. Lange (1) riferisce che nei suoi infermi il 53,4 °/₀ ammalò prima del 10.° anno e solo l'11,1 °/₀ dopo il 20.° anno. Prendo qui dalle statistiche di Luth le seguenti cifre di rapporto per l'insorgere della epilessia nei singoli periodi di età nei due sessi:

	0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	sopra 50
MASCHI	35,5	27,3	19,9	10,9	4,8	1,6
FEMMINE	49,4	33,0	10,1	4,8	1,8	0,9

La proporzione dei maschi ammontò al 72,7 °/₀ delle cifre totali; presso di noi negli ultimi anni solo il 15 °/₀ è rappresentato da donne. Si riconosce senz'altro che la grande maggioranza dei casi si inizia nella età infantile. Spesso gli attacchi convulsivi dei primi anni di età sembra che siano l'inizio della malattia. Nei nostri casi si son potuti dimostrare circa nel 34 °/₀ dei casi; Fürstner tra 141 casi, nei quali l'epilessia si era sviluppata prima del 16.° anno di età, li riscontrò 92 volte; Marie afferma che tali attacchi convulsivi si sono presentati nel 75—80 °/₀ degli epilettici. Se pure le convulsioni della infanzia non possono senz'altro essere attribuite alla epilessia, non si sbaglierà però dicendo che le lesioni cerebrali, delle quali sono i sintoma, conducono in seguito, in un considerevole numero di casi, allo sviluppo della epilessia. Vero è che, i primi segni di questo male, quali lievi svenimenti, enuresi, fughe, umore depresso, rimangono spesso inosservati fino a che un attacco convulsivo più forte, talora dovuto ad una eccessiva ingestione di alcool, delucida lo stato delle cose. Nell'epoca della pubertà l'epilessia spesso peggiora, oppure solo in quel periodo risalta più chiaramente. Anche successivamente, non di rado, si ha un peggioramento degli stati epilettici nel periodo mestruale. Durante la gravidanza sono stati osservati miglioramenti, come pure peggioramenti della malattia. Io vidi una volta in una donna gravida scoppiare la malattia, e un'altra volta svilupparsi uno *status epilepticus*.

Nelle donne è molto più frequente che negli uomini l'inizio della malattia nella età giovanile. Fino ai 20 anni il numero delle donne ammalate è quasi a metà di quello degli uomini. In seguito invece il numero delle donne che si ammala è solo ¹/₆, ¹/₈ e anche ¹/₇ del nu-

(1) Lange, *Psychiatrische Wochenschrift, I*, 320.

mero degli uomini. Questa differenza potrebbe in parte spiegarsi col fatto che nel sesso femminile gli anni dello sviluppo hanno una importanza relativamente più grande. Ma sopratutto la spiegazione risiede nel fatto che l'uomo adulto è esposto a lesioni più numerose.

Innanzi tutto bisogna prendere in considerazione la frequenza maggiore dei *traumi* al capo che sono in rapporto col lavoro professionale dell'uomo. Nei casi da me osservati negli ultimi anni riscontrai che circa in $^1/_4$ dei casi venivano riferiti come causa della malattia simili accidenti, ordinariamente però lievi. Tutti questi dati sono difficili a potersi utilizzare, perchè una prova determinata dell'intimo rapporto tra lesioni e malattia si potrà dare solo molto raramente. Molto spesso le lesioni delle quali troviamo negli epilettici così frequentemente le tracce sotto forma di cicatrici numerose ed estese, sono non la causa, ma la conseguenza della malattia; l'infermo è caduto a terra perchè colto da vertigine epilettica, senza avere una esatta coscienza di quel che realmente è avvenuto. Malgrado ciò dobbiamo credere che in un certo numero di casi esista veramente un rapporto causale. WILDERMUTH secondo le sue osservazioni afferma che la frequenza di tali casi ammontò al 3,8 °|₀; secondo le statistiche dell'esercito tedesco al 4,2 °|₀. In uno dei miei infermi, dopo 4 anni dall'aver ricevuto, essendo militare, un calcio di cavallo alla regione frontale, trauma che fu seguito da perdita di coscienza e da frattura parziale dell'osso nasale, s'iniziarono i primi attacchi. Negli attacchi che in seguito si svilupparono precedeva, come aura, una cefalea frontale; un attacco fu originato da un lungo esame del naso ristretto, altri che minacciavano, si poterono impedire con spennellature di soluzione di cocaina sulla mucosa nasale. Vero è che in questi casi si può ammettere che già antecedentemente poteva esistere una certa tendenza alla epilessia. Così l'infermo di cui io ho riferito aveva il padre epilettico.

Altre lesioni che in generale colpiscono il sesso maschile sono le *malattie acute*, tra le quali specialmente il tifo, in minor grado il morbillo e la scarlattina, inoltre violente emozioni e lesioni dei nervi periferici. Inoltre sono riferiti casi nei quali l'atto sessuale, un dente cariato, un corpo estraneo nell'orecchio, un frammento di vetro nella pianta del piede hanno prodotto convulsioni epilettiche. La diversità di queste influenze c'insegna che esse non debbono essere riguardate come vere cause, ma solo come stimoli determinanti. Anche l'importanza della sifilide per la insorgenza della epilessia non è sufficientemente spiegata. BINSWANGER ammette che l'epilessia possa essere determinata dai materiali tossici della *lues*, sia direttamente, sia dalla dissoluzione sanguigna che

essi determinano e infine dalle grossolane alterazioni dei tessuti che ne sono la conseguenza. L'ultimo fatto si riscontra quando esistono estese alterazioni vascolari o gommose; però è dubbio se una epilessia in tal modo originata possa essere considerata come essenzialmente eguale all'epilessia « essenziale » che si inizia nella giovinezza.

Una simile difficoltà nasce per le altre forme che s'iniziano tardi e che sono chiamate col nome di *epilessia tardiva*, il cui limite nel tempo è inoltre molto arbitrario. Anche in quei casi che si sviluppano in tarda età si potrà sempre dubitare che sintomi leggeri, sopratutto gli attacchi notturni, quantunque da lungo tempo esistenti, siano passati inosservati. Isolati attacchi di vertigine, di perdita di coscienza, periodico umore depresso, transitoria enuresi notturna, ferite della lingua di notte, momentanee sensazioni di spossatezza, oppure violente cefalee mattutine, sono i segni che possono parlare per una simile epilessia latente. Lüth (1) giunge alla conclusione che dopo la esclusione di quei casi che hanno un altra spiegazione, la vera epilessia tardiva è dovuta quasi sempre a malattie arterio-sclerotiche. Le lesioni cardiache e renali che accompagnano tanto spesso queste ultime malattie potrebbero forse essere non la causa della epilessia, ma un sintoma parziale della malattia fondamentale arterio-sclerotica.

Quale causa più frequente dell'arterio-sclerosi Lüth ha invocato *l'abuso dell'alcool*, ma anche senza l'anello intermedio della malattia vascolare esistono importanti e gravi rapporti tra alcoolismo ed epilessia che sopra ogni altra cosa possono spiegare la frequenza di quest'ultima in uomini di età matura. Innanzi tutto noi vediamo, come già fù detto antecedentemente, che negli alcoolisti si manifestano spesso gravi attacchi convulsivi, specialmente collegati al *delirium tremens*. Bratz (2), distingue però, ed io credo con ragione, una « epilessia alcoolica » in senso stretto e la « abituale epilessia degli alcoolisti ». La prima è un sintoma diretto dell'alcoolismo grave e scompare al massimo 1–2 settimane dopo l'inizio della completa astinenza; si distingue anche dalla vera epilessia per il suo differente contegno clinico e quindi deve essere nettamente distinta da quella. Bratz mette specialmente in evidenza la frequenza di attacchi isteriformi.

D'altra parte però l'abuso di alcool produce, sebbene molto raramente, anche forme epilettiche durevoli. Wildermuth trovò nell'1,4°/₀ dei casi

(1) Lüth, *Allgem. Zeitschr f. Psychiatrie, LVI*, 512; Schupfer, *Monatschr. f. Psychiatrie, VII*, 282.
(2) Bratz, *Allgem Zeitschr. f. Psychiatrie, LVI*, 334.

comecausa dell'epilessia l'alcoolismo, e nel 6,2 °|₀ in quei casi che s'iniziarono dopo i 20 anni. Una parte di questi si può concepire forse come epilessia tardiva arterio-sclerotica, mentre in un altro maggior gruppo di casi si dovrebbe trattare di un risveglio e di un aumento della predisposizione epilettica che fino allora ha taciuto. Questo modo di vedere ha una speciale probabilità per il fatto che bene spesso possiamo osservare la dannosa influenza che anche piccole dosi di alcool sogliono spiegare sugli epilettici. Innanzi tutto dobbiamo ricordare in questi casi i cosidetti *stati di ubbriachezza patologica* che sono stati osservati molto spesso negli epilettici. Si tratta in tali casi di gravi offuscamenti della coscienza con deficiente memoria e per lo più con violenti e irosi stati di eccitamento che succedono a piccole ingestioni di alcool. Il cervello epilettico con la sua aumentata eccitabilità è appunto sensibile, « intollerante » in modo speciale alla azione dell'alcool. L'insorgere di tali disturbi, spesso erroneamente interpretati, è favorito da precedenti scosse emotive che aumentano anche la eccitabilità. Io vidi due casi nei quali gli infermi, che dimostravano solo accenni lievissimi di depressioni epilettiche, commisero sotto l'influenza dell'alcool fatti, d'inversione sessuale che erano completamente ripugnanti al loro abituale sentimento; dopo il fatto non rimase alcun ricordo o solo un ricordo sognante. Spesso possiamo inoltre fare negli epilettici l'osservazione che anche i veri attacchi possono venire determinati con la sicurezza di un esperimento, dalla abbondante ingestione di alcool. Uno dei miei infermi, uno studente, dopo un banchetto che faceva con i suoi compagni, aveva di regola un delirio epilettico, durante il quale più volte tentò il suicidio e solo con grande difficoltà ne potè essere impedito. Molto spesso si riscontra anche l'unione del delirio alcoolico con quello epilettico. In tal caso noi riscontriamo il tremore e le caratteristiche, vivaci allucinazioni visive degli alcoolisti, mescolate a idee deliranti religiose e alla ansiosa violenza degli epilettici.

Non si può inoltre mettere in dubbio che leggeri attacchi epilettici sotto l'influenza di bevande alcooliche possano trasformarsi in forme gravi ed anche gravissime. Casi di questo genere sono quelli che sotto il nome di *dipsomania* (1) sono stati riuniti in un quadro nosografico, che, secondo la mia opinione, appartiene alla epilessia, seppure può venir riguardato come un quadro a sè. Si tratta in tali casi di un impulso accessuale all'ingestione di grandi quantità di bevande alcooliche.

(1) Gaupp, *Die Dipsomanie*. 1901.

Come risulta da un esatto interrogatorio, l'attacco s'inizia di solito con uno stato perfettamente analogo alle suddescritte depressioni epilettiche, con malessere, senso di oppressione, profonda tristezza, fastidio della vita, aumentata irritabilità, pesantezza del capo, mancanza di appetito, insonnia e talvolta anche eccitabilità sessuale. Smith riscontrò in tali casi transitoriamente ingrandimento dell'area cardiaca. Nello stesso tempo l'infermo viene preso da una vivace, intima irrequietezza, unita allo stimolo impulsivo di procurarsi un sollievo con l'uso dell'alcool, sicchè egli lascia tutto e corre « a galoppo » alla bettola. Sotto l'influenza dell'alcool in un grande numero di casi si manifesta ordinariamente un comune stato crepuscolare epilettico, nel quale l'infermo ingiuria, grida, diviene violento, intraprende viaggi insensati.

Ciò accerta naturalmente il concetto della malattia. Così io conobbi un signore che regolarmente dopo alcuni giorni di depressione irritabile fuggiva tutto ad un tratto, ingoiava la maggior quantità a lui possibile di bevande alcooliche forti e veniva trovato poi in un posto qualsiasi in preda a profonda incoscienza, una volta sopra il ghiaccio di un fiume dove egli aveva passata la notte. Un altro infermo, in generale molto sobrio, che all'infuori di due attacchi di svenimento non aveva presentato altri sintomi epilettici, sotto l'influenza dell'alcool che beveva nei periodi di depressione, cominciava a ingiuriare e a cantare per lunghe ore in modo monotono; egli faceva in tale stato l'impressione di essere leggermente ebbro, ma successivamente non si ricordava affatto di ciò che era avvenuto. Più volte venne condannato per delitto di lesa maestà, delitto commesso in tale stato. In un altro caso dopo la ingestione di alcool durante lo stato depressivo si manifestò un lieve stupore, che durò per giorni e settimane, durante il quale l'infermo ingoiò forti quantità di alcool, viaggiò in ferrovia senza scopo, finchè alfine si risvegliò in un posto qualunque senza danaro, affatto disordinato nella persona, senza sapere affatto ciò che era avvenuto durante questo tempo. Il mutamento psichico era stato in tal caso così poco apparente che le persone che ebbero a che fare con lui non si erano accorte di nulla. Una volta accadde che egli, facoltoso mercante, durante un tale periodo concludesse un affare molto sfavorevole, danneggiandosi per parecchie migliaia di lire con un domatore di belve incaricandolo di metter su un serraglio.

Queste osservazioni rischiarano quei casi nei quali gl'infermi di dipsomania non presentano disturbi epilettici tipici e nei quali l'infermo cade solamente in uno stato analogo all'ubriachezza, durante il quale continua quasi ininterrottamente ad ingoiare giorno e notte grandi quan-

tità di vino, di birra, di acquavite e anche di spirito. Per lo più egli non torna in casa prima di aver finito l'ultimo soldo, anzi impegna anche e vende i vestiti che ha indosso per soddisfare il suo morboso bisogno. « Io debbo bere senza volerlo » mi diceva uno di questi infermi, « esiste in me un impulso interno ». Nell'istesso tempo esiste insonnia, completa mancanza di appetito e un'accentuata irrequietezza e instabilità. L'infermo non può rimanere a lungo in alcun posto, passa da un'osteria all'altra, viaggia senza scopo nei luoghi vicini, più raramente rimane taciturno e inaccessibile ad un tavolo solitario, indifferente per tutto ciò che accade intorno a lui. Per lo più gli infermi sono prodighi, spendono largamente il loro danaro, s'irritano subito, anzi diventano brutali se si vuol loro impedire di bere. Malgrado la grande quantità di alcool ingerito non si ha di solito una profonda ubbriachezza. Dopo alcuni giorni o alcune settimane gli infermi cessano tutto ad un tratto di bere; allora si manifesta un profondo senso di disgusto, uno stato di collasso, accompagnato talvolta da delirii e da disturbi psico-sensoriali, durante il quale stato le conseguenze somatiche dell'eccesso alcoolico si manifestano con vomito, anoressia, catarro gastrico, incertezza dei movimenti, tremore, ecc. Superato questo stato l'infermo diviene di nuovo relativamente normale e spesso dimostra un profondo pentimento per quel che è successo e ha disgusto per l'alcool; per lo più però conserva un ricordo indistinto di ciò che è avvenuto.

Malgrado tutti i buoni proponimenti gli attacchi si ripetono ad intervalli più o meno regolari, senza una speciale occasione esterna e in maniera sempre uguale. I periodi intervallari durante i quali gli infermi sogliono ingerire l'alcool in piccola quantità o anche affatto, possono raggiungere qualche settimana o qualche mese (« ubbriaconi trimestrali »), più di rado giungono ad un anno; quando la malattia dura da lungo tempo i periodi sogliono gradatamente abbreviarsi; nello stesso tempo si accentuano sempre più l'abbassamento della capacità di resistenza morale e specialmente anche i sintomi somatici dell'alcoolismo.

Questo è il vero quadro della dipsomania. Da questo al gruppo antecedentemente descritto esiste tutta una serie ininterrotta di passaggi, per mezzo dei quali si fa evidente l'intimo accordo fra i due gruppi. Un'altra prova di questo fatto è data dalla osservazione che anche nei dipsomani, nel senso più stretto della parola, si hanno indipendentemente dall'alcool le stesse depressioni come negli altri epilettici. Ma infine si trovano casi nei quali gli attacchi isolati decorrono solo nella forma di dipsomania, mentre altre volte, forse anche una sola volta nella vita, l'ubbriachezza termina inaspettatamente in uno stato crepuscolare epi-

lettico. Se in tali casi lo stato depressivo e il desiderio di procurarsi un sollievo conducono ad abuso di alcoolici, anche gli epilettici corrono anche per altre ragioni grande pericolo di diventare alcoolisti. La loro capacità di resistenza di fronte all'alcool suole essere molto abbassata, sicchè si manifestano molto facilmente gravi fenomeni di intossicazione. « Gli attacchi appaiono sempre dopo simili eccessi (ingestione di forti quantità di birra) che la costituzione del soggetto non può sopportare », così scriveva il fratello di uno di questi infermi. Inoltre molti epilettici che provengono da genitori alcoolisti hanno già fin dall'infanzia, per l'eredità e per l'educazione, la tendenza a bere. Finalmente a motivo delle considerevoli oscillazioni della loro capacità al lavoro dovute alla malattia stessa, questi infermi sono in grande pericolo di cadere nella classe dei vagabondi e dei senza tetto, per i quali la seduzione per l'alcool ha una grande influenza.

Riguardo alla *patogenesi* della epilessia le opinioni sono ancora molto diverse. Innanzi tutto è stato dimostrato che in un certo numero di casi si riscontrano alterazioni grossolane della corteccia cerebrale. WILDERMUTH riferisce che il 13,3 % dei suoi casi sono dovuti a polioencefalite, li 5,8 % ad altre malattie corticali. Infatti noi riscontriamo spesso i residui di malattie cerebrali precedenti, come emiparesi, emiatetosi, contratture. Anatomicamente corrispondono a questi fenomeni le porencefalie, le cicatrici da encefalite, più di rado qualche deformità, tubercoli multipli, tumori, ecc. Ma anche in quei casi che si sogliono considerare come epilessia « essenziale » (secondo WILDERMUTH l'82 % dei casi) sembra che si trovino abbastanza spesso lesioni diverse, che dovrebbero stare in qualche relazione con le manifestazioni cliniche. Nello *status epilepticus* KAZOWSKY riscontrò iperemia, infiltrazione leucocitaria delle pareti vasali e del tessuto cerebrale, numerose emorragie e alterazioni delle cellule nervose. Anche WEBER (1) potè riscontrare simili reperti. È stato già antecedentemente accennato che il fondamento della epilessia tardiva suole essere dovuto specialmente a lesioni arterio-sclerotiche e talvolta anche a malattie luetiche. CHASLIN riscontrò inoltre nella epilessia un aumento e un ispessimento molto esteso delle fibre nevrogliche, specialmente degli strati corticali superficiali che in alcuni punti si addentrava nello spessore della corteccia. BLEULER in 26 epilettici con demenza

(1) WEBER, *Beitrage zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie*, 1901; ALZHEIMER, *Monatsschrift f. Psychiatrie, IV*, 345; BRATZ, *Archiv f. Psychiatrie, XXXI*, 820; HAJOS, *idem XXXIV*, 541.

cronica riscontrò una forte proliferazione della glia negli strati corticali più alti (gliosi marginale, « *randgliose* »); anche ALZHEIMER è giunto agli stessi risultati, e tende a considerare la gliosi marginale come manifestazione di una considerevole atrofia della corteccia. In un caso si riscontrò nella corteccia cerebrale una quantità di piccole cisti della grandezza di una lenticchia o di un pisello, probabili residui di una encefalite pregressa. Reperti analoghi si sono avuti in alcuni casi di idiozia con attacchi epilettici.

D'altra parte molti osservatori riferiscono lesioni sclerotiche, per lo più unilaterali, del *corno di Ammone*, che però non sono state fino ad ora esaminate con metodi molto fini. BRATZ ha potuto infatti determinare che sopra 32 epilettici « essenziali » 14 presentavano microscopicamente una alterazione del corno di Ammone per lo più unilaterale e molto uniforme, cioè « atrofia delle cellule di un determinato campo, e riempimento dello spazio lasciato da queste di nevroglia a finissime fibre ». Egli è inclinato a spiegare queste alterazioni come ipoplasie, mentre HAJÒS le attribuisce a processi infiammatorii cronici. WEBER osservò l'atrofia del corno di Ammone circa in $^1/_2$ dei suoi casi. NISSL, che ha potuto solo esaminare pochi casi, è d'opinione che la lesione del corno di Ammone sia solo una manifestazione parziale molto facilmente riconoscibile della lesione più generale di tutta la corteccia, nella quale la cosa più evidente dapprincipio è la presenza di cellule aracniformi molto numerose e sviluppate, specialmente negli strati corticali superiori. Anche le cellule nervose si mostrano colpite in modo e in grado molto variabile, forse anche la sostanza grigia interposta si mostra lesa; anche i vasi mostrano estese alterazioni; WEBER accenna inoltre a lesioni arterio-sclerotiche nell'aorta che egli riscontrò nel 60 $^0/_0$ dei casi, oltre ad infiltrazione grassa del cuore e ingrossamento del fegato e dei reni. Tutti questi reperti per altro non danno luce sufficiente alla patogenesi: però possiamo ammettere che alla demenza degli epilettici corrisponda una alterazione generale e grave della corteccia cerebrale.

Un'altra quistione è quella di spiegare la caratteristica *periodicità* dei disturbi epilettici. Si può perciò invocare il fatto che nel nostro sistema nervoso esistono certamente una serie di funzioni, le quali determinano lo scaricarsi periodico di stimoli che agiscono in modo duraturo. Oltre ai casi numerosi della vita normale, si può in tal caso ricordare l'osservazione che anche negli stati terminali della *dementia praecox* viene verificata spesso una notevole regolarità negli stati di eccitamento. Perciò nell'epilessia si è tentato spesso di esaminare le oscillazioni degli stati somatici per poter prevedere le manifestazioni dell'attacco epi-

lettico. Sopratutto sono stati ricercati i veleni che in certi periodi dovrebbero formarsi nell'organismo o accumularsi nel soggetto epilettico. Voisin ha per il primo dimostrato che dopo attacchi epilettici, specialmente se si sono presentati a serie, si riscontra frequentemente albumina nelle urine. Egli inoltre dimostrò che l'urina degli epilettici era per i conigli meno tossica prima degli attacchi e più tossica dopo, e nei periodi intermedi ancora meno tossica. Agostini (1) trovò la tossicità massima dell'urina immediatamente prima e dopo l'attacco. Ferrannini riscontrò dopo l'attacco aumento del peso specifico e della tossicità urinaria. All'incontro Roncoroni ebbe risultati oscillanti ed Hebold e Bratz ebbero risultati completamente negativi su tale quistione.

Haig (2) aveva affermato che prima degli attacchi convulsivi veniva escreta una quantità minore del normale di acido urico, mentre dopo l'attacco l'acido urico aumentava oltre la norma; egli dice perciò che un accumulo di acido urico nel sangue conduce al restringimento dei piccoli vasi e quindi si ha un aumento della pressione sanguigna che determina l'attacco. Anche Caro riscontrò prima degli attacchi una forte diminuzione nella espulsione di acido urico. Altri autori riscontrarono nelle urine sostanze abnormi quali acetone, indacano, che stanno ad indicare alterazioni del ricambio materiale. Krainsky (3) è giunto ad una concezione più determinata sulla natura della epilessia che egli riferisce ad accumulo periodico di carbamato di ammonio il quale darebbe origine all'attacco epilettico; egli rinvenne il carbonato di ammonio nel sangue degli epilettici, ma potè anche negli animali produrre le convulsioni iniettando tale sostanza. Secondo questo autore il carbamato di ammonio si scompone durante l'attacco in urea e acqua e quindi l'urea successivamente passa ad acido urico e sotto questa forma appare nelle urine. Dalla diminuzione o dall'aumento dell'espulsione dell'acido urico riuscì addirittura a Krainsky di indicare o di predire il giorno dell'attacco. L'accesso convulsivo quindi sarebbe in certo modo una valvola di sicurezza contro l'accumulo del veleno nel sangue. Contro questa opinione si levò Mainzer (4), il quale riscontrò gravi oscillazioni nell'espulsione dell'acido urico senza che si avessero attacchi convulsivi e d'altra parte riscontrò accessi convul-

---

(1) Agostini, *Rivista sperimentale di freniatria, XXII*, 267.

(2) Haig, *Brain*, 1896, 1.

(3) Krainsky, *Allgem. f. Psychiatrie, LIV*, 612; *Pathogénie et traitement de l'epilepsie*.

(4) Mainzer, *Monatsschrift f. Psychiatrie, X*, 69.

sivi senza che vi fossero queste oscillazioni; egli crede inoltre che la quantità del carbamato d'ammonio trovata nel sangue degli epilettici sia troppo piccola per spiegare le proprietà tossiche del sangue stesso.

VORSTER trovò talvolta dopo gli attacchi convulsivi un aumento del peso specifico del sangue e un aumento del contenuto emoglobinico, mentre FERÈ al contrario riscontrò un abbassamento del contenuto emoglobinico. LUI, LAMBRANZI, CHARON e BRICHE riscontrarono diminuita l'alcalinità del sangue in rapporto con gli attacchi, KRUMBMILLER vide durante l'attacco un forte aumento di leucociti. AGOSTINI e COLOLIAN notarono aumentata tossicità del plasma sanguigno dopo gli attacchi e anche CABITTO (1) trovò che il siero di sangue degli epilettici produce convulsioni nei conigli; CENI osservò che il sangue degli epilettici produce deformità nelle uova di gallina. Questo autore iniettò inoltre il siero di sangue degli epilettici negli stessi infermi o in altri, e ottenne un'azione ora tossica ora benefica dallo stesso siero. Invece gli esperimenti di HEBOLD e BRATZ sono rimasti anche su ciò senza risultato.

CABITTO trovò tossico il sudore degli epilettici, mentre MAVROJANNIS non lo riscontrò tossico. DIDE e SAQUÉPÉE riferiscono anche sulla azione tossica del liquido cerebro-spinale dopo gli attacchi. Nel succo gastrico AGOSTINI riscontrò aumento di acido cloridrico, di prodotti abnormi di fermentazione, diminuzione della proprieta digestiva, della sensibilità, della motilità, della capacità di assorbimento dello stomaco. Prima dell'attacco, ma ancor più poco tempo dopo questo, il succo gastrico era molto tossico; anche LEUBUSCHER riscontrò aumento della secrezione dell'acido cloridrico nello stomaco.

Non si potrà negare che le osservazioni qui riferite, alle quali se ne potrebbero aggiungere molte altre, sono ancora molto lontane dal darci un quadro chiaro dell'essenza della epilessia. Tuttavia sembra che si possa da tutto ciò dedurre che l'epilessia, per lo meno in alcuni casi, debba essere ritenuta con grande verosimiglianza come una malattia del ricambio, nella quale si accumulino nel sangue materiali tossici di decomposizione che si dovrebbero considerare quali cause dell'attacco convulsivo. Per questa concezione della malattia si porta specialmente in campo l'osservazione che gli attacchi sono spesso accompagnati da manifestazioni che stanno ad indicare una intossicazione; cioè spossatezza, sonnolenza, dolore di capo, eruttazioni, vomito, lingua impaniata, disturbi intestinali. Dalla scomparsa o meno di questi sintomi si può

(1) CABITTO, *Rivista sperimentale di freniatria, XXIII*, 36.

concludere se terminerà o no una serie di attacchi. Anche i rapporti degli attacchi con le mestruazioni e con la gravidanza, il loro cessare in presenza di malattie febbrili si possono metter d'accordo con l'ipotesi di una alterazione del ricambio materiale. Inoltre si deve ricordare che appunto in alcune intossicazioni croniche sopratutto da alcool e piombo, nell'uremia, ecc. si vedono insorgere attacchi epilettici. Vero è però che solo in una parte di casi si potrà invocare una spiegazione tossica. Nei casi nei quali riscontriamo lesioni cerebrali circoscritte non abbiamo quasi bisogno di questa supposizione, ma anche in altro modo la teoria tossica ci offre molte difficoltà. Anche se vogliamo riferire le lesioni cerebrali generali riscontrate ad azioni tossiche croniche, rimane sempre un'enigma la periodicità degli attacchi, l'apparente accumulo del veleno nell'organismo fino ad un certo periodo di tempo, nonchè il rapporto ereditario della epilessia con altre malattie mentali e nervose. Quest'ultimo fatto è quello che fa pensare con maggiore probabilità che nel tessuto nervoso sia la causa vera e definitiva dei caratteristici fenomeni morbosi che si riuniscono sotto il nome di epilessia. Interessanti da questo punto di vista sono forse anche le osservazioni sul contegno degli attacchi durante il sonno. FERE riferisce che i $^{2}/_{3}$ di tutti gli attacchi avvengono di notte, preferibilmente durante le prime e le ultime ore del sonno.

La *prognosi* della pazzia epilettica dipende essenzialmente dalla causa della malattia e dalla data della sua prima manifestazione. Quando essa è basata su una malattia cerebrale grossolana non si può naturalmento attendere un miglioramento, invece si riscontra spesso un graduale, progressivo aumento della debolezza mentale. Al contrario l'epilessia « essenziale » può guarire, ed è spesso fino ad un certo punto accessibile alla cura; l'epilessia alcoolica e la dipsomania pure ad un grado abbastanza elevato. I gravi stati stuporosi e deliranti post-epilettici sogliono sopravvenire preferibilmente dopo una serie di forti attacchi convulsivi, mentre gli attacchi puramente psichici sembrano essere legati alle forme lievi della epilessia e specialmente anche a quelle dovute a traumi al capo. Il pericolo della debolezza mentale epilettica è in generale minore nelle forme limitate a focolaio, però anche queste possono gradatamente svolgersi fino a raggiungere una epilessia generale e allora condurre a demenza. I più gravi sono i casi con frequenti e intensi accessi convulsivi generali, specialmente quando la malattia si è iniziata nella età giovanile. A parte anche i considerevoli impedimenti che le manifestazioni morbose stesse oppongono ad un perfezionamento psichico, lo sviluppo dell'intelligenza ordinariamente si arresta; spesso

anche ai gradini piu bassi. Molto più raramente, e forse solamente nelle forme leggere dell'epilessia, il disturbo può essere limitato al lato emotivo, mentre gli infermi intellettualmente si dimostrano normali e anzi presentano una buona disposizione psichica. D'altra parte Féré afferma che in età matura la demenza può insorgere con grande rapidità, a volte quasi improvvisamente dopo un attacco, Habermaas, (1) riferisce che nei suoi infermi il 10,2 °/₀ guarirono completamente, il 17,3 °/₀ non divennero dementi, mentre il 49 °/₀ si doveva riguardare come completamente e per sempre incapace a nuove acquisizioni. Naturalmente in tutti gli epilettici anche la vita è molto in pericolo, sia per le ferite che si producono durante l'attacco, sia per tentativi di suicidio e per eventuali disgrazie, infine anche per lo sviluppo di uno *status epilepticus*. Worcester riscontrò che di 70 epilettici non meno di 45 morivano per gli attacchi convulsivi. Habermaas vide il 47,6 °/₀ dei suoi infermi morire in *status epilepticus*, il 4,8 °/₀ in seguito a disgrazie. Il 72 °/₀ morì prima del 30.° anno di età e solo il 2,8 sorpassò il 50.° anno. Uno speciale aumento della mortalità fino al quadruplo della norma si è potuto dimostrare verso il 15.° anno, cioè in quegli anni dello sviluppo che favoriscono anche l'inizio della demenza.

L'epilessia, come tante altre nostre denominazioni di malattie, indica attualmente soltanto un concetto collettivo del quale non è esattamente stabilita la delimitazione. In modo generale però siamo abituati a distinguere le forme dovute a malattie a focolaio dalla vera epilessia genuina. Clinicamente si distinguono sopratutto per la insorgenza di quei sintomi che indicano una determinata localizzazione corticale e cioe o fenomeni durevoli di eccitazione o di paralisi, o sintomi a focolaio che precedono o seguono immediatamente l'attacco stesso. Ad una osservazione esatta però si osserva che i limiti tra l'epilessia generale e l'epilessia circoscritta o epilessia corticale, non sono affatto distinti. Avviene molto spesso che i sintomi originariamente circoscritti si estendano gradatamente e che ad attacchi di epilessia circoscritta se ne frappongano altri che hanno una estensione generale.

Un secondo gruppo, pure dibattuto di manifestazioni epilettiche riguarda quelle che insorgono per intossicazioni croniche. Quando non abbiamo a fare in questi casi solamente col risvegliarsi di una predisposizione epilettica, essi debbono avere un posto a parte che clinicamente si esprime col fatto che sono frequenti gravi attacchi convulsivi, ma gli

(1) Habermaas, *Allgemeine zeitschr. f. Psychiatrie. LVIII*, 243.

invece altri fenomeni dell'epilessia, specialmente i disturbi psichici, rimangono assolutamente in seconda linea e perfino anche mancano completamente dei tratti caratteristici. D' altra parte Féré sostiene l'idea che l'eclampsia, che noi riportiamo in genere ad una intossicazione uremica, non sia altro che la comune epilessia e il puerperio non sia che la causa determinante dell' attacco. Un giudizio definitivo su tali quistioni di delimitazione non è ancora possibile. Altrettanto dicasi per le convulsioni dei bambini che talvolta sono ritenute come forme lievi di epilessia, tal'altra come malattie di genere del tutto diverso. Abbiamo già notato che esse costituiscono abbastanza frequentemente i primi segni di una epilessia che si sviluppa più tardi.

Tuttavia non può disconoscerci che una riunione di tutti quei quadri morbosi nei quali si hanno le cosidette convulsioni sia impossibile. Ciò ci è avvertito non solo dall' anamnesi completamente differente nelle varie forme, ma anche dall'osservazione che attacchi convulsivi, che nel loro quadro completo sono assolutamente eguali a quelli dell'epilessia, vengono riscontrati in un gran numero di malattie delle quali è sicura la differente caratteristica clinica. Io ricordo a tale proposito innanzi tutto la paralisi progressiva e la *dementia praecox*, inoltre il mixoedema e la psicosi maniaco-depressiva, le malattie arterio-sclerotiche che dovrebbero essere l'anello di passaggio tra queste forme e l'epilessia. È vero che in tutti questi casi per lo più non si riscontra quello sviluppo regolare, quel modo di decorrere delle convulsioni che siamo soliti a vedere nella vera epilessia. Solo non dobbiamo dimenticare che anche nelle malattie indubbiamente epilettiche si presentano grandissime diversità riguardo al decorso, frequenza e regolarità degli attacchi, alla rapidità nel progredire, e alla maggiore o minore gravità delle manifestazioni.

Da tutto quanto si è detto mi sembra che risulti con certezza che l' attacco convulsivo morboso non ha per l'epilessia quella importanza caratteristica che si suole usualmente attribuire ad esso, sebbene sia il fenomeno che sopratutto richiama la attenzione. Come noi non ci sentiamo autorizzati per il presentarsi di attacchi epilettiformi a dedurre la esistenza dell' « epilessia », nello stesso modo io credo che l'assenza di attacchi convulsivi non debba farci escludere questa malattia, se esistono altre evidenti manifestazioni epilettiche. Anche nella paralisi progressiva la mancanza di uno o di un altro disturbo caratteristico non ci impedisce di diagnosticare la malattia, purchè il quadro complessivo sia sufficientemente sviluppato.

Secondo la mia opinione la diagnosi di epilessia si basa quindi non sulla presenza di un determinato genere di attacchi, e specialmente

di attacchi convulsivi, ma innanzi tutto sulla esistenza *di una periodicità di disturbi, indipendente da influenze esterne fino dal primo inizio della malattia*. Non voglio con ciò dire che si abbia sempre una esatta regolarità nella ripetizione dei sintomi, perchè ciò non sarebbe consono all'esperienza. Così pure non è necessario che i disturbi siano sempre gli stessi. Però a me sembra che sia proprio della natura dell'epilessia che di tempo in tempo, senza riconoscibile causa, si ripetano in modo uniforme od anche molto svariato attacchi appartenenti ad un determinato gruppo di quelle forme che noi abbiamo innanzi approssimativamente delimitato.

La dipendenza di un determinato disturbo dal quadro morboso dell'epilessia viene provata in seconda linea dalla sua concordanza clinica con quelle manifestazioni che noi riscontriamo nei casi certi di questa malattia. Però veramente sicura ci risulta solo quando al quadro morboso va unita la caratteristica di una indipendente periodicità, quando o lo stesso disturbo o altri disturbi appartenenti alle forme epilettiche si sono ripetuti più volte nella vita, originati da cause interne. Samt (1), che ha tanti meriti per quel che riguarda la conoscenza delle psicosi epilettiche, ha considerato, e a parer mio con piena ragione, che le diversissime forme di manifestazioni della malattia epilettica, siano in certo modo *equivalenti* dell'attacco epilettico, e possano sostituire l'attacco o sostituirsi a vicenda, come nella psicosi maniaco-depressiva vediamo successivamente comparire le forme più svariate del quadro clinico nel medesimo decorso morboso, quali manifestazioni della stessa malattia fondamentale. L'attacco convulsivo è quindi solamente *una* forma di manifestazione dell'epilessia e ne è la più grave, ma non è l'unica nè la più caratteristica. Essa non può dominare tutto il quadro morboso, e se spesso ciò avviene, può anche completamente mancare pur anco nelle sue forme più miti in quei casi nei quali gli attacchi convulsivi sono per così dire trasformati in equivalenti psichici.

Noi siamo autorizzati a pensare in tal modo, specialmente perchè si possono riscontrare con facilità tutte le forme di passaggio, da quei casi nei quali si osservano esclusivamente gravi attacchi convulsivi, sino a quelli in cui le convulsioni non si manifestano mai. Altrettanto può dirsi anche delle altre forme principali delle manifestazioni epilettiche. Finalmente esistono molti casi che presentano l'uno accanto all'altro e l'uno dopo l'altro tutte le varietà di equivalenti epilettici. Io ricordo

(1) Samt, *Archiv fur Psychiatrie*, V u. VI.

un infermo il quale fu colpito spesso da stupore epilettico senza aver presentato mai convulsioni; solamente due volte ebbe perdita di coscienza di breve durata. Un altro infermo presentò nella forma più accentuata l'alterazione epilettica del carattere, inoltre depressioni periodiche accompagnate da azioni brutali, violente e infine stati di ebbrezza morbosa, ma solo una volta si ebbe un deliquio e un' altra un attacco sonnambolico, non però convulsioni. Un'altro infermo aveva ogni 6 mesi gravi stati crepuscolari di breve durata, inoltre depressioni periodiche accentuate, ma non convulsioni, nè vertigini ma presentava uno spiccato carattere epilettico. Questi esempi di cui il numero si potrebbe assai aumentare, mi hanno condotto a ritenere che la diagnosi di epilessia si debba poggiare non sopra un solo sintoma, ma sull' intero quadro clinico. Che poi in ciò, oltre ai disturbi periodici, debbano esser presi in considerazione anche le alterazioni permanenti che secondo l' esperienza sono dovuti alla malattia, non ha bisogno di esser dimostrata.

La determinazione suddetta del concetto di epilessia, che non deve essere considerata come da alcuni si è temuto, quasi una diluzione del concetto di essa, bensì come un approfondimento di questo, diviene sopratutto importante per comprendere la dipsomania. Esistono senza dubbio bevitori periodici che presentano nello stesso tempo attacchi convulsivi epilettici. Non è questa però la regola. Al contrario sono di preferenza infermi di dipsomania quei soggetti nei quali l' epilessia si manifesta in forma di periodiche depressioni. In una serie di casi inoltre, come è già stato detto, sotto l'influenza dell'alcool sopravvengono attacchi simili a quelli che noi riscontriamo nell'epilessia, però sotto forma di gravi vertigini e di stati crepuscolari. Quando siamo abituati a considerare come forme epilettiche accanto alle convulsioni e agli svenimenti anche i disturbi psichici periodici, gli stati crepuscolari e le depressioni subitanee, si riconosce senza difficoltà il rapporto tra i quadri morbosi qui riuniti, che possono manifestarsi gli uni accanto agli altri o l'uno in sostituzione dell'altro.

Dobbiamo però ricordare che esistono alcuni casi che, pur presentando una apparente analogia con la dipsomania epilettica, sono da giudicarsi in modo molto diverso; Legrain e Margulies li hanno descritti col nome di *pseudo-dipsomania*. In questi casi si tratta di soggetti psicopatici, deboli di volontà, che non cominciano a bere come gli epilettici in seguito ad uno stato depressivo, ma sotto l'influenza di una accidentale seduzione, e continuano a bere senza regola finchè non venga loro impedito. Anche questi infermi possono rimanere astemi per

un certo tempo fin tanto che trovano nell'ambiente un appoggio sufficiente, ma la ricaduta è dovuta a cause esterne, non a stati interni. In questi casi nella astinenza forzata mancano quindi completamente le caratteristiche depressioni e naturalmente anche gli altri sintomi epilettici.

Una nuova delimitazione della epilessia gioverà anche per spiegarci un'altra forma clinica alla quale fino ad ora è stato dato un posto separato, cioè la « mania transitoria » (1), forse meglio detta « *delirium transitorium* ». Anche la pazzia neurastenica transitoria descritta da Krafft-Ebing sembra che appartenga a questi casi. Si tratta di stati di agitazione più o meno violenti con offuscamento sognante della coscienza, che passano molto rapidamente e non lasciano alcun ricordo. Abusi di alcool ed emozioni precedenti sembra che siano le condizioni più favorevoli per l'insorgenza della malattia. Clinicamente l'accordo con gli stati epilettici è molto saliente, ma nei casi descritti sono mancati tutti gli altri segni dell'epilessia. Poichè per lo più si sogliono considerare come sicuri segni d'epilessia solo gli attacchi convulsivi o al massimo le vertigini o svariati sintomi di *petit-mal*, io non sono sicuro se questa delimitazione sia veramente giusta. Così fu dimostrato, in un caso simile da me osservato per lungo tempo, che oltre al grave stato crepuscolare si erano probabilmente presentati più volte stati di ubbriachezza morbosa e che fin dalla gioventù si erano avute caratteristiche depressioni periodiche; in seguito sopravvennero di nuovo più volte lievi stati crepuscolari. Mi è noto anche un altro caso riportato nella letteratura, in cui tardivamente si svilupparono indubbi disturbi epilettici. Naturalmente non è ancora possibile affermare che in tutti i casi di *delirium transitorium* con una esatta ricerca dei segni anche meno appariscenti dell'epilessia, si sarebbe potuto dimostrare prima o poi il rapporto tra queste due forme.

Si potrà al contrario fare la domanda se in certe circostanze i caratteri del quadro morboso clinico, senza riguardo al completo decorso della malattia, possa autorizzare a collocare un attacco nel quadro dell'epilessia. In realtà noi procediamo sempre così quando facciamo la diagnosi di stato crepuscolare epilettico e di accessi convulsivi anche, prima di sapere qualche cosa dell'anamnesi. È però anche vero che tale giudizio non di rado si riconosce poi errato. Perciò, sebbene attualmente io creda che per il riconoscimento della natura epilettica di dati

---

(1) Schwartzer, *Die transitorische Tobsucht*, 1880; Venturi, *Le pazzie transitorie*, 1880; v. Krafft Ebing, *Psychiatrische Arbeiten I*, 1.

sintomi morbosi sia sopratutto necessaria la prova della periodicità, vorrei però lasciare il campo aperto alla possibilità di ritenere che una malattia di altra natura, ma ad andamento periodico, possa manifestarsi in qualche caso e in circostanze del tutto speciali solo con un unico attacco. Anche nella psicosi maniaco-depressiva, che mostra una tendenza analoga a frequenti ripetizioni, vediamo che talora tutta la malattia si compendia in un solo attacco. Quando la disposizione alla malattia è molto scarsa può forse avvenire che un caratteristico accumulo di lesioni può indurre una sola volta l'attacco senza che si debba perciò supporre che si tratti di una nuova malattia. È vero per altro che con ciò si suppone che la nostra conoscenza clinica del quadro morboso sia perfetta e che quel singolo attacco sia completamente analogo a quelli che abbiamo messo in evidenza nei casi periodici.

Difficoltà speciali si incontrano quando tentiamo di separare l'epilessia da una malattia completamente diversa riguardo alla natura, ma nei sintomi molto analoga, cioè dall'isteria. Certo, come vedremo in seguito, è possibile dimostrare certe caratteristiche distintive (1) tra i disturbi epilettici e i disturbi isterici che a quelli si rassomigliano. Però non si può mettere in dubbio l'esistenza di casi nei quali apparentemente sintomi epilettici e sintomi isterici si associano nel modo più stretto. Queste osservazioni sono quelle che hanno condotto ad ammettere una « istero-epilessia », forma che deve essere per così dire di passaggio tra l'isteria e l'epilessia.

Chi conosce l'opinione da noi sostenuta sulla essenza delle due malattie, sa pure che è incompatibile con essa l'ammissione in questo senso di una istero-epilessia. Fra una malattia che si fonda sopra un dimostrabile processo morboso della corteccia cerebrale a decorso più o meno lento e un'altra malattia che è considerata come l'espressione soltanto di una caratteristica, ma essenzialmente invariabile predisposizione morbosa, non vi può essere nessun reale punto di passaggio. Però è possibile dare un'altra spiegazione alle non dubbie osservazioni pubblicate: e cioè che il carattere dell'isteria stia in una *durevole* tendenza a disturbi psicogeni di ogni sorta; per contro noi riscontriamo *alcuni* sintomi morbosi psicogeni non solo in quasi tutte le forme di pazzia, ma anche, e ciò è ben noto, nelle malattie grossolane del cervello e del midollo spinale. Così si riscontrano sufficientemente accentuati nella *dementia praecox* e nella psicosi maniaco-depressiva, ma non

(1) Hoche, *Die Differentialdiagnose Zwischen Hysterie und Epilepsie*. 1902.

mancano neppure nella paralisi progressiva. Io non credo di errare ammettendo che anche nell'epilessia possiamo trovare disturbi psicogeni, senza che perciò siamo autorizzati a sostenere l'esistenza di una isteria accanto ad una epilessia, o di un campo intermedio tra le due malattie. Quali tratti psicogeni hanno valore sopratutto gli attacchi isteriformi che talvolta si mostrano accanto ai comuni attacchi epilettici; possono inoltre presentarsi manifestazioni psicogene all'inizio, più frequentemente alla fine di un attacco epilettico. Inoltre sarebbe da rimettere in questi casi lo scoppio occasionale di un attacco epilettico non dubbio in seguito ad una scossa emotiva, e specialmente la prima insorgenza di questi attacchi in seguito a spavento o per imitazione. Noi dobbiamo immaginare che simili cause si presentano appunto quando esiste già la base epilettica. Infine anche i disturbi della sensibilità degli epilettici, che talvolta sono perfettamente simili a quelli degli isterici, possono essere forse riferiti a processi psicogeni. Quanto poi alcune forme di stati crepuscolari, specialmente il sonnambulismo, siano in tal guisa originate, io non mi arrischio a decidere.

Heilbronner tende ad attribuire nella maggioranza dei casi l'*automatismo ambulatorio* all'isteria. Io non posso, sulla base delle mie osservazioni, accettare tale opinione debbo anzi ritenere che l'automatismo ambulatorio e la impulsione circumcursiva siano frequentissime manifestazioni dell'epilessia, benchè naturalmente non si presentino tutti i giorni casi ben accentuati. Invece non si può disconoscere che il girare o il viaggiare senza scopo non si presenta solamente nell'epilessia. Oltre che nell'isteria, nella quale può occasionalmente prendere la forma di stato crepuscolare, noi riscontriamo tale fenomeno negli ebefrenici e nelle costituzioni psicopatiche. Del resto io credo che in questi casi l'intero processo sia essenzialmente ben diverso che negli epilettici. Nell' epilessia l'inizio è costituito da un accentuato tono sentimentale a colorito nostalgico, e poi si giunge frequentemente ad un vero stato crepuscolare, specialmente sotto l'influenza dell'alcool. Negli ebefrenici invece si ha a che fare con azioni impulsive, spesso in rapporto con disturbi psico-sensoriali o idee deliranti, ma senza profonde accentuazioni emotive e senza disturbi della coscienza. Gli infermi rimangono dopo queste azioni completamente indifferenti, non le trovano affatto strane, mentre all'epilettico appariscono come estranee a sè e non come avvenimenti dovuti alla sua volontà. I psicopatici infine girano e viaggiano seguendo l'idea del momento, una occasionale seduzione, o per irrequietezza, o quando cada loro in mano una forte somma di danaro. Anche in questi ultimi infermi non si nota

alcun offuscamento di coscienza; essi viaggiano finchè i loro mezzi lo permettono, oppure finchè il piacere dell'avventura momentanea non si dissipa. I veri epilettici invece sogliono, se hanno ancora una dimora, tornarvi prontamente appena sono ritornati in sè.

All'infuori dei limiti anzidetti, la diagnosi dell'epilessia, per riguardo al quadro completo, è per lo più molto facile. Nella epilessia tardiva vi è sempre la possibilità di aver a fare con una paralisi progressiva incipiente, specialmente se insorgono solo attacchi convulsivi o svenimenti. L'accurato esame delle pupille, della parola e della scrittura, come anche la caratteristica debolezza di mente dei paralitici, conduce ben presto alla diagnosi. Dagli stati terminali della *dementia praecox*, la debolezza di mente epilettica si differenzia sopra tutto per la mancanza del negativismo, della stereotipia, dei capricci e manierismi Gli infermi hanno grave difficoltà nel percepire e nel pensare, ma sono molto più coscienti, più ordinati e più accessibili e non così confusi come i dementi precoci; essi sono stabilmente più irritabili, più violenti, in contrapposizione alle più rare e per lo più innocenti agitazioni dei dementi ebefrenici e catatonici. Le altre distinzioni che si potrebbero prendere in considerazione sono state già descritte in altra parte di quest' opera.

Il *trattamento* (1) dell' epilessia deve essere iniziato innanzi tutto col combattere anche in via profilattica le cause di essa. La via principale ci è indicata dai rapporti ereditarii dell' epilessia con l'alcoolismo. Se consideriamo che tra 1000 individui esistono per lo meno 1-2 epilettici e che degli epilettici almeno $^1/_4$ proviene da genitori alcoolisti, ciò sarà per noi medici nuovo stimolo a combattere con tutte le nostre forze l' estensione del terribile veleno popolare che distrugge non solo il presente, ma anche l' avvenire. Nostro compito sarà inoltre la cura causale dei singoli casi; così a volte si dovrà ricorrere alla trapanazione del cranio (compressione ossea del cervello, malattie corticali a focolaio), talvolta (epilessia riflessa) asportando cicatrici, estirpando denti guasti, cauterizzando il naso, talvolta anche (gomme, periostiti) iniziando una cura antiluetica. Per lo più si hanno in tal modo solo risultati transitorii. Anche in casi che senza dubbio sono dovuti a traumi al capo, dopo che la malattia è durata

(1) Gilles de la Tourette, *Le traitement pratique de l'epilepsie* 1901; Laudenheimer *Therapie der Gegenwart*, Juli 1900; Donath, *Psychiatrische Wochenschrift*, *II*, 79.

a lungo, sembra che la speranza di ottener la guarigione permanente asportando le cicatrici o le scheggie ossee sia molto tenue, fatto questo o che dimostra l'esistenza o il lento sviluppo di una alterazione generale epilettica in questi cervelli. Si è quindi raccomandato di iniziare anche dopo l'operazione una intensa cura bromica. D'altra parte anche l'asportazione, secondo il processo di HORSLEY del « punto corticale epilettogeno » ha ottenuto ora buono, ora cattivo risultato. Si è anche praticata la craniectomia. Al contrario si vede che senza altra operazione sul cervello la semplice scopertura per mezzo della trapanazione ha per un certo periodo di tempo buon effetto (1). KOCHER ha sostenuto l'opinione che l' azione vantaggiosa dell' operazione si basi essenzialmente sulla incisione della dura madre che importa una diminuzione della pressione endocranica. Che però nella epilessia esista un aumento di pressione nello spazio subdurale non è ancora stato provato, e anche meno è provato che questa abbia una qualsiasi influenza sullo sviluppo della malattia, BATEL non ha avuto il minimo successo dalla incisione della dura madre.

Anche in altro modo la chirurgia ha tentato con operazioni di speciale natura di arrecare giovamento agli epilettici. Partendo da certe idee riguardo ai rapporti circolatorii nell'attacco epilettico, ALEXANDER ha legato le vertebrali. CHIPAULT e JONNESCO hanno asportato in un gran numero di epilettici il simpatico cervicale; in parte fu asportato il ganglio cervicale superiore. Gli infermi sopportarono la prima operazione molto male, la seconda in modo ottimo. Il successo fu molto vantato, ma come suole avvenire non fu confermato da altri osservatori. In qualche caso è stata tentata la distensione del vago o la faradizzazione del simpatico cervicale.

Una lunga serie di mezzi curativi sono stati proposti partendo dalla teoria dell' auto-intossicazione nella epilessia. Per combattere i veleni endotossici, gastrici e intestinali, sono state raccomandate lavande dello stomaco e degli intestini, purganti, disinfettanti interni (naftolo, salolo, calomelano). Inoltre l'espulsione urinaria deve essere favorita da abbondante ingestione di acqua e di deboli soluzioni di cloruro di sodio e la secrezione del sudore per mezzo di bagni ad aria calda. Non ci meraviglierà sapere che donne epilettiche siano state curate con ovaie di vaccine e che partendo dalle osservazioni sulla scomparsa degli at-

---

(1) JOLLEY, *Charité-Annalen, XX*; WINKLTER, *L'intervention chirurgicale dans l'épilepsie*. 1897; CULLERRE, *Annales medico-psycholog., VIII*, 10, 77.

tacchi epilettici durante malattie infettive si sia proposto di provocare negli epilettici tali malattie o di iniettare siero di eresipelatosi. Fröhner e Hoppe, che studiarono il ricambio materiale degli epilettici facendo ingerire la glandola tiroide, videro in un caso una favorevole influenza sugli attacchi; aumentò l'espulsione di acido urico, del cloruro di sodio e dell'acido fosforico. Per mantenere una permanente influenza favorevole sul ricambio materiale e per impedire specialmente la formazione di abbondante acido urico, Haig prescrive un nutrimento essenzialmente vegetale, latte, farinacei, legumi; e oltre alla carne evita di dare anche il thè, il caffè e il brodo. Anche Rumpf ha usato una dieta analoga. Agostini invece raccomanda il vitto misto, perchè dal solo nutrimento di vegetali si manifestano gravi disturbi gastrici. Sembra tuttavia secondo i dati di numerosi osservatori che l'astensione dalla carne e ancor più una nutrizione prevalente a base di latte porti un grande vantaggio nella epilessia. Alt (1) divise 24 bambini epilettici in 3 gruppi e nutrì un gruppo con vitto misto, un'altro con vitto vegetale e l'altro con latte: nell'ultimo gruppo gli attacchi erano molto più rari, nel primo molto più frequenti.

Un metodo di cura speciale è stato proposto da Richet e Toulouse (2) Partendo dall'idea che l'introduzione di cloruro di sodio sorpassi di gran lunga il necessario e impedisca perciò l'azione del bromo, essi tentano una « ipoclorurazione » dell'organismo, prescrivendo cibi possibilmente poveri di sale. La dose di bromo si potè in tal modo diminuire a 2-3 gr. al giorno. Malgrado questa dose minore si ebbe un miglioramento nelle convulsioni nel 91 °|₀ dei casi e degli attacchi di vertigine nel 70 °|₀. Balint ha somministrato agli infermi del pane nel quale il cloruro di sodio era sostituito dal bromo. I risultati di questa ipoclorurazione sono molto diversi. Alcuni osservatori ne furono contentissimi, ma d'altra parte si mise in evidenza come gli infermi ben presto provano una grande nausea per i cibi senza sale e quindi deperiscono fisicamente.

Una importanza tutta speciale io credo si debba dare nella cura dell'epilessia, per le ragioni già esposte, alla *permanente e completa, astinenza dell'alcool* anche in quei casi nei quali non si tratti di epilessia alcoolica. L'epilettico è in alto grado intollerante all'alcool e

(1) Alt, *Allgem Zeitschr, f Psichiatrie, LIX*; 753.

(2) Toulouse, *Revue de psychiatrie* 1900, Janvier; *Gazette des hôpitaux*, 1900, 10; Balint, *Berliner Klin. Wochenschrift* 1901, 23; Helmstädt, *Psychiatrische Wochenschrift* 1901, 3; Schnitzer, *Neurollog. Centratblat, XXI, 803.*

in pericolo di cadere a causa di esso in gravi disturbi mentali che possono farlo diventare molto pericoloso a sè e agli altri. Naturalmente ciò vale specialmente per la dipsomania, nella quale l'assoluta astinenza dall'alcool è l'unico rimedio che spesso raggiunga un ottimo risultato. Come ho osservato in un gran numero di casi, gli stati depressivi, così pericolosi nella epilessia, decorrono con la sottrazione dell'alcool non solo in modo blando, ma divengono gradatamente più rari e possono anche scomparire.

Gli attacchi stessi si sono combattuti con numerosi rimedi. Per altro si potrebbe rimanere in dubbio se ciò sia opportuno, ove si ammetta che gli attacchi rappresentino delle valvole di sicurezza e valgano a distruggere le sostanze tossiche accumulate. Forse si ha una diminuzione degli attacchi solo con l'abolizione delle loro cause. Non abbiamo bisogno di enumerare qui tutti i rimedi usati a questo scopo, solo ricorderemo brevemente il borace che presenta poco vantaggio e produce gravi disturbi digestivi, malattie cutanee e infiammazioni renali; il nitrato d'argento e il monobromuro di canfora, il brometile, l'atropina, l'ossido di zinco vantato da molti (a dosi crescenti da 0,06 gr.). Krainsky, basandosi sulle sue opinioni riguardo alla genesi dell'epilessia, ha cercato un mezzo capace di distruggere nel sangue il carbamato di ammonio. Egli indicò il carbonato di litio che prescrisse a dosi medie da 2 gr. fino 5 o 6 gr. I suoi risultati furono eccellenti non solo nell'epilessia ma anche nell'eclampsia, a dosi maggiori del rimedio si manifestarono sintomi di intossicazione, stupore, depressione, atassia. Krainsky suppone che col suo trattamento il carbonato di ammonio si trasformi in carbonato di litio e carbamato di ammonio. Quest'ultimo fuoriesce continuamente dall'organismo in piccole quantità, ma quando se ne forma una maggiore quantità produce i descritti sintomi d'intossicazione. Resterà a vedere se questo metodo per risolvere la questione relativamente così semplice sia giusto e se il carbonato di litio abbia, anche adoperato da altri, questa benefica azione. Wildermuth ha usato l'acido iperosmico e specialmente l'idrato di amile, che a dosi di 5-8 gr. al giorno sembra diminuisca di numero e di intensità gli attacchi epilettici. Buoni effetti sembra che l'idrato di amile insieme al cloralio dia per il trattamento dello *status epilepticus*; Wildermuth vide diminuire il numero dei casi di morte dal 58 al 33 % sotto l'influenza del rimedio. Naab (1) vanta l'efficacia

(1) Naab, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LVII*, 495; Landerer, *Psychiatrische Wochenschrift, I*, 131.

di iniezioni intramuscolari ripetute di questo rimedio alla dose di 0,8 gr. alla volta. Anche il dormiolo sembra che dia buoni risultati. Inoltre sono vantaggiosi bagni caldi prolungati, le ipodermoclisi e talvolta anche le sottrazioni sanguigne. È importante l'intervento immediato nelle convulsioni che si succedono l'una all'altra rapidamente!

I rimedi che presentano la maggior efficacia nel trattamento dell'epilessia sono però ancora i sali di bromo che vennero in questa, malattia usati per la prima volta nell'anno 1851 da Locock. Noi ne usiamo alla dose di 5-6 gr. al giorno, da solo o nella formula di Erlenmeyer, ma anche dosi più forti, fino a 30 gr. al giorno sono state prescritte e sono state apparentemente ben sopportate. Se gli altri preparati di bromo, quali il bromuro di stronzio, la bromocolla, la bromalina abbiano maggior efficacia deve essere ancora dimostrato; la bromipina viene caldamente raccomandata da molti. Se vogliamo ottenere dei risultati si deve far prendere in modo sistematico il bromo per lungo tempo. Si dice che si possa riconoscere quando l'organismo è sovracarico di bromo, dalla mancanza del riflesso faringeo e del riflesso corneale; anche la dilatazione e la reazione pigra delle pupille sono stati invocati come sintomi della bromurazione. Dando il bromo a forti dosi per lungo tempo il rimedio viene accumulato nell'organismo, forse perchè esso prende il posto del cloruro di sodio, che secondo le ricerche di Laudenheimer (1) viene espulso in quantità maggiore. Appena raggiunto « l'equilibrio bromico » la espulsione del cloro corrisponde all'introduzione del bromo. Successivamente si manifestano i sintomi della intossicazione bromica, l'acne, i disturbi digestivi, le lesioni bronchiali, la insufficienza cardiaca, la sonnolenza, la debolezza mnemonica, lo stupore. Questi sintomi sopravvengono, secondo le esperienze di Laudenheimer, nei soggetti poveri di cloro ed anemici, però facendo prendere soluzioni di cloruro sodico questi sintomi possono essere attenuati. La produzione dell'acne può essere combattuta con bagni frequenti. Si dice pure che la bromipina non produca con facilità sintomi d'intossicazione. Nel grave bromism o e assolutamente necessario diminuire subito, ma lentamente la dose. Con un po' di precauzione però si riesce per lo più a far prendere agli infermi per molti anni sufficienti dosi di bromo solo frapponendo qualche interruzione. In questi casi avviene talvolta che le manifestazioni epilettiche non solo scompaiono completamente, ma neppure tornano più dopo

(1) Laudenheimck, *Neurologesches Centralblatt* 1897, 12.

soppresso il rimedio, quindi si può parlare di vere guarigioni. In generale si raggiunge per lo meno un considerevole miglioramento, però di solito i risultati si hanno solamente per il tempo che dura la somministrazione bromica e anche non sempre.

Quando si cessa la somministrazione del rimedio avviene non di rado che le convulsioni, e con esse anche i disturbi psichici, peggiorino rapidamente. Inoltre io vidi svilupparsi due volte, proprio sotto l'influenza del bromuro di potassio, un vero *status epilepticus*, che scomparve solamente sostituendo il bromuro con l'atropina; e in un altro caso gli attacchi convulsivi scomparvero transitoriamente col bromuro di potassio, ma al loro posto sopravvennero violentissimi stati di eccitamento con lieve offuscamento della coscienza, tanto che io preferiva gli accessi convulsivi e quindi feci lasciare la cura iniziata.

A parte tali incidenti, i sali bromici rimangono senza alcun effetto in un certo numero di casi che secondo i dati di Bratz oscilla tra il 4 e il 36 %. Perciò si è pensato di aumentarne l'effetto associando altri medicamenti specialmente l'adonis vernalis (0,3–06, gr. al giorno in infusione secondo Bechtêrew), digitale, codeina, belladonna, cloralio idrato, ecc. Così Moli sostituì temporaneamente il bromo con l'atropina, mentre Flechsig (1) ha raccomandato la sistematica successiva prescrizione di oppio e di bromo in quei casi nei quali la semplice cura del bromo non si mostrò utile. Secondo questo metodo si deve dare da principio per 6 settimane l'oppio a dosi crescenti fino ad 1 gr. al giorno, poi tutto ad un tratto sostituire questo rimedio con 8 gr. di sale di bromo al giorno. La cura deve essere secondata da lavande intestinali e da cure dietetiche, si deve prescrivere il riposo in letto, e gli infermi debbono rimanere sotto la sorveglianza medica. Molto varii sono i risultati fino ad ora riferiti con questa cura; però sembra che possano sopravvenire fenomeni molto serii. Durante il trattamento con l'oppio il peso del corpo diminuisce in modo considerevole; gli infermi non possono riscaldarsi, perdono l'appetito, spesso

---

(1) Flechsig, *Neurolog. Centralblatt*, 1893, 230; 1897, 50; Salzburg, *Über die Behandlung der Epilepsie, insbesondere mit Opium-Brom nach Flechig, Diss;* 1894; Lincke, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LII*, 753; *LV*, 260; Pollitz, idem *LIII*, 377; Bratz, *idem LIV*, 208; Warda, *Psychiatrische Monatsschrift, II*, 257; Meyer und Wickhel, *Berliner Klin. Wochenschr.* 1900, 48; Ziehen *Therap. Monatsschr* 1898 *August*; Séglas et Heitz, *Archives de neurologie*, 1900. *August;* Lorenz. *Wiener Klin. Wochenschr.* 1899, 2.

insorge delirio, *status epilepticus* e talvolta anche collasso mortale. Da altra parte si videro migliorare considerevolmente altri infermi nei quali le altre cure erano rimaste senza successo.

Del resto si è da molti ripetuto che una vita regolare, specialmente una buona nutrizione, l'allontanamento da cause nocive esteriori, da eccitamenti, da privazioni, abusi, eserciti una influenza favorevole sul decorso della malattia. Anche la cura del letto è stata raccomandata caldamente come preparazione e aiuto alle altre cure. Una parte dei successi che si sono notati con i diversi trattamenti si deve però certamente riferire all'influenza calmante e protettrice dell'Asilo.

Gli stati crepuscolari epilettici richiedono imperiosamente la cura di un Asilo chiuso; in questi casi è necessaria una sorveglianza molto accurata degli infermi per il grave pericolo che presentano per sè e per gli altri. Gli epilettici con frequenti stati crepuscolari hanno bisogno quindi di una cura permanente nel Manicomio come tutti gli altri psicopatici ai quali la malattia toglie la possibilità di una attività professionale durevole e produttiva. Nell'Asilo può essere anche offerta loro per quanto è possibile una occupazione regolare, in modo da mantenere le loro forze psichiche e fisiche. In tempi recenti anche su questo terreno della pubblica beneficenza si è iniziata la soluzione del problema. Il primo esperimento pratico per fondare un Asilo speciale per epilettici è stato compiuto dal pastore v. Bodelschwingh in Bielefeld. Disgraziatamente però si deve riconoscere che in questo Asilo i benefici della vita coloniale sono diminuiti dal trattamento specificamente teologico degli infermi che già per conto loro tendono al bigottismo. Invece ai pochi Asili per epilettici posti sotto la direzione medica dobbiamo già una serie di preziose cognizioni sulla natura e sul trattamento dell'epilessia, che certamente ci condurranno sempre più all'intento di combattere efficacemente questa terribile malattia.

XII

Le nevrosi psicogene

Si suole dare il nome di *nevrosi* ad un gruppo di malattie generali che si manifestano con disturbi nervosi variabili e transitori. Esse vengono in certo modo contrapposte alle *psicosi* le cui manifestazioni appartengono essenzialmente al campo psichico. Man mano però che le cognizioni relative sono andate aumentando si è riconosciuto che tale distinzione è insostenibile. Non esistono psicosi senza disturbi nervosi concomitanti, nè nevrosi senza disturbi psichici. Malgrado ciò si può distinguere nel campo delle nevrosi, tra le quali vengono anche collocate l'epilessia e la corea, un piccolo nucleo di forme caratterizzato da un *modo di origine delle singole manifestazioni morbose puramente psicogeno.* La base fondamentale di queste strane e, per la concezione medica, importantissime forme morbose, è la *predisposizione isterica* più o meno accentuata; quindi dovremo parlare in primo luogo delle propriatissime manifestazioni di questa. In seguito però dovremo ricordare brevemente alcune caratteristiche forme di nevrosi psicogene che, sebbene siano in stretta parentela con la isteria, si distinguono da questa per il modo di origine, per i sintomi clinici e il decorso. Tra queste vi è la forma molto discussa di « nevrosi traumatica » o di « isteria traumatica », alla quale io per ragioni che dirò in seguito preferisco dare il nome di *nevrosi da spavento*, di più un quadro morboso descritto sotto varii nomi, del quale mi sia concesso riunire le svariate forme sotto il nome di *nevrosi da attesa.*

A. — *La psicosi isterica.*

Se è quasi impossibile determinare in modo succinto il concetto di isteria (1), la difficoltà diviene anche maggiore quando si tratta

(1) Möbius, *Schmidts Jahrbucher* 199, 2, 185 (Literatur); *Neurologische Beiträge I; Monatsschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie, I,* 12; Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme,* 1891; Gilles de la Tourette, *Traitè clinique*

della psicosi isterica. Noi siamo soliti dare a tutta una serie di stati morbosi psichici la denominazione « di isterici », senza poter sempre, con sufficiente chiarezza giustificare questa denominazione. Forse come abbastanza caratteristica di tutte le forme isteriche è da ritenere *la straordinaria rapidità e facilità con cui degli stati psichici sono capaci di ingenerare svariatissimi disturbi somatici*, sia in forma di anestesie o parestesie, sia di movimenti espressivi, paralisi, convulsioni o alterazioni di secrezioni.

La vera base di questi fatti morbosi la dobbiamo verosimilmente riportare nel campo sensoriale. Per lo meno sappiamo che anche da questo lato viene esercitata una influenza importantissima, spesso involontaria, sugli stati del nostro organismo. Corrispondentemente a ciò *l'intelligenza* e la *memoria* degli isterici non sogliono presentare disturbi molto accentuati; invece non raramente riscontriamo una grande impressionabilità. Gli infermi percepiscono benissimo, osservano bene, vedono acutamente anche cose non facilmente visibili, in special modo le debolezze di chi li circonda. Alcuni infermi dimostrano un ingegno straordinario specialmente per l'arte; in altri casi invece esiste una aridità psichica e grande povertà ideativa. Talvolta si riscontra già al primo sguardo una grande vivacità ed eccitabilità psichica. Ma ad una più profonda osservazione si mette in evidenza che a ciò è legata la deviabilità e superficialità di critica unita a grande credulità. Gli infermi sono incostanti nei loro interessi, non vanno in niuna cosa a fondo, giudicano assolutamente secondo l'aspetto esterno delle cose, secondo le prime impressioni e secondo occasionali cause concomitanti. Tutto ciò che è nuovo ha per questi infermi una speciale attrazione; si abbandonano alle novità tanto più volentieri e con tanto minor critica quanto più la cosa è contraria a ciò che avviene giornalmente e abitualmente. Quindi personalità e avvenimenti non comuni, di grande effetto, sogliono far loro una grande impressione. A causa della loro cieca impressionabilità gli isterici in tutti i tempi sono stati i precursori e i primi fedeli delle nuove religioni, individui entusiasti delle storie miracolose

---

et thérapeutique de l'hystérie 1891; JANET, *Der Geisteszustand der Histerischen (die psychischen Stigmata), deutsch von* KAHANE 1894; SOLLIER, *Genése et nature de l'hystérie.* 1897; *L'hystérie et son traitement* 1901; ZIEHEN, EULENBURGS *Realencyclopaedie*, 3. Auflage; KREHL, *Über die Entstehung hysterischer Erscheinungen*; VOLKMANNS *Klinische Vorträger, Neue Folge* 330, 1902; FÜRSTNER, *Deutsche Klinik, VI*, 2, 155. 1901; IOLLY in EBSTEIN u. SCHWALBE, *Handbuch der praktischen Medizin.*

di ogni genere, specialmente sul terreno religioso. Da queste caratteristiche nasce molto spesso una grande curiosità, una tendenza ad occuparsi dei fatti altrui, il pettegolezzo, il piacere dello scandalo, il compiacimento per commedie scollacciate, per letture eccitanti, e la tendenza a piaceri di ogni genere e che sono irritanti del sistema nervoso.

La memoria in questi infermi è per lo più fedele, ma non raramente parziale. La percezione e la spiegazione di fatti non sempre vengono distintamente separate. In alcuni casi si riscontra addirittura una pronunciata tendenza ad abbellire liberamente i fatti passati, fino a mescolare i ricordi insieme a fatti completamente inventati. Molto frequente è l'invenzione di aggressioni (1) per lo più a colorito sessuale, gli infermi si producono anche autoferite, si legano per rendere l'avventura più verosimile. In questi casi si tratta senza dubbio di frodi coscienti, che hanno la loro origine dal desiderio di eccitare vivo interessamento. Io conobbi diversi isterici i quali in modo stupefacente raccontavano all'ascoltatore senza la minima esitazione le invenzioni piu stravaganti sul loro passato, opponendo con la massima calma ad ogni obbiezione invenzioni sempre più azzardate. Certamente le bugie dovevano procurare un grande piacere a questi infermi e appunto perciò dovevano essere spinti necessariamente ad essere ingannatori molto intraprendenti, sebbene per lo più inoffensivi; essi erano molto adatti all' inganno a causa delle loro rapide percezioni e della loro arte di fingere. Nelle più piccole deviazioni della verità che molto frequentemente riscontriamo anche nei casi comuni d' isteria, talvolta non si può distinguere fino a qual punto queste deviazioni debbano la loro origine all'inganno voluto, o alla influenza della memoria per una aumentata vivacità della forza immaginativa. Pick ha portato la sua attenzione sulla parte che può avere negli isterici la tendenza a foggiarsi in modo sognante situazioni illusorie. Alcuni infermi possono convincersi talmente delle loro illusioni che da ciò i loro pensieri e le loro azioni vengono influenzate, benchè non si tratti di vere immagini deliranti, ma solo di giuochi ideativi prolungati con amore e costanza.

Col sopravvenire di tutti questi disturbi si manifestano le oscillazioni dell' *umore* che predominano in alto grado nella vita psichica dell'infermo. La loro influenza è molto maggiore che non la forza della riflessione e dei principi morali. Gli infermi sono molto eccitabili; manca loro la calma che nell'uomo normale attenua gradatamente

(1) Brouardel, *Annales d'hygiène pratique*, Nov. 1899.

le rapide e forti oscillazioni sentimentali della prima età. Agli infermi nulla è indifferente, essi sono costretti a prendere personalmente una posizione in tutti gli avvenimenti del loro ambiente. Da ciò proviene la loro straordinaria sensibilità, la violenza delle esplosioni sentimentali in occasioni futilissime, la tendenza a sentirsi sempre presi di mira, di mescolare subito tutti i rapporti e le riflessioni oggettive con l'aggiunta personale. In alcuni casi, però non molto frequenti, si riscontra una aumentata eccitabilità sessuale che induce gli infermi ad eccessi; molto raramente esiste frigidità sessuale o completa insensibilità.

La conseguenza naturale della accentuazione sentimentale troppo vivace è un frequente, repentino *cambiamento dell'umore*. Gli infermi hanno un carattere a scatti, sono mutevoli, capricciosi; da una repentina allegria eccessiva cadono molto rapidamente, per una causa minima, o anche senza alcuna causa, in uno stato di ira, di indignazione, divengono aspri, misantropi, o esaltati. Questa mancanza di ponderazione e questa variabilità delle manifestazioni dell'umore, mostrano chiaramente che gli infermi non sono capaci di quella profondità di emozioni che malgrado poche manifestazioni esteriori suol dominare più a lungo e più potentemente la intera vita sentimentale di quel che non facciano gli impeti di una oscillante e disuguale emotività.

Forse è da riportare alla aumentata eccitabilità emotiva il fatto che la propria persona acquista per l'infermo una speciale importanza. Quanto più la serena considerazione delle cose è fortemente colorita dalle accentuazioni sentimentali sempre rinnovantisi, tanto più viene involontariamente asservita l'attenzione da questa tendenza ad occuparsi unicamente del proprio io. Perciò avviene d'ordinario che gli infermi si approfondiscano con una certa insistenza sul loro stato, pensino sempre a questo, e si occupino solo di loro stessi. In ciò sta la causa delle *sofferenze ipocondriache* così frequenti in questi infermi. Ogni malessere viene osservato dagli infermi ipersensibili con una lente d'ingrandimento ed eccita le sensazioni più spiacevoli. Inoltre anche emozioni sgradevoli che si presentano molto più di frequente che nei sani hanno la tendenza a produrre disturbi del senso generale somatico nei modi più svariati. La facilità con la quale questa influenza può esercitarsi, e i modi multiformi con cui può agire sono una caratteristica speciale della predisposizione isterica; ricordano completamente la meravigliosa accessibilità che presentano nello stato ipnotico le funzioni somatiche più svariate di fronte ad immagini e sentimenti suggeriti.

Talvolta sono malesseri veri, ma aumentati, fino ad essere eccessivi, dalla vivace immaginazione degli infermi, ai quali malesseri sono legate

le rappresentazioni ipocondriache. Il dolore e il malessere prodotti da una qualunque malattia spesso non scompaiono insieme alla causa, invece le sopravvivono diventando in un certo modo indipendenti e forse anche prendendo sempre maggiori dimensioni. Il senso di una debolezza generale in seguito ad anemia, a disturbi digestivi, a dolori di testa di diverso genere, a sensazioni sgradevoli lungo la schiena, le gambe, l'addome, il cuore, offrono alla impressionabile auto-osservazione i punti di partenza per una malattia caratteristica e molto tormentosa, i cui particolari ad ogni occasione vengono narrati con minutissime descrizioni e con esagerazioni.

Una simile malattia non raramente diviene il centro di tutta l'attenzione degli infermi. Essa dà loro una certa posizione eccezionale di fronte a tutti gli altri uomini, forse anche viene sopportata con un certo segreto orgoglio. Può avvenire perfino che la malattia, malgrado le limitazioni che ad essa sono collegate, divenga la sorgente delle conversazioni, la vera *professione*, alla quale l'infermo rinunzierebbe solo con una decisa resistenza segreta e non bene consapevole. Si potrebbe quasi credere che l'infermo trovi nella malattia una specie di compenso alla impossibilità di lavori veramente utili, in causa della insufficiente sua disposizione. Inoltre si osserva frequentemente che gli infermi malgrado i commoventi lamenti sembrano completamente incapaci a lavorare seriamente ed energicamente al loro ristabilimento. Non raramente cercano di frustrare in tutti i modi le prescrizioni del medico che hanno però consultato di propria volontà, e si mostrano contenti se ciò riesce loro. Appena viene richiesta dalla loro resistenza o dalla loro costanza una paziente esecuzione di una lunga cura, gli infermi sogliono tosto rifiutare. A questi infermi manca più o meno completamente il senso della propria responsabilità per la loro salute, il naturale ardente desiderio di guarire. Il medico deve pensare a farli star bene; lo accusano di ogni disturbo. Non è per loro stessi, ma per fare un piacere al medico che si sottomettono alla cura, la quale perciò deve esser tale da non dar loro alcun incomodo. Solo quando si tratta di metodi di cura stranissimi di recente invenzione o di grandi operazioni, allora si sottomettono volentieri per sopportare cose meravigliose.

D'altra parte questi infermi non rinunziano affatto ai godimenti della vita, per quanto la loro malattia li amareggi. Si rimane meravigliati nel vedere gli infermi che poco prima si sentivano quasi sull'orlo della tomba partecipare dal principio alla fine a divertimenti anche faticosi; subito dopo però non si possono più reggere in piedi.

Talvolta non si può impedire di compiere grandi viaggi, di dar feste, di visitare musei agli infermi completamente paralizzati. Io stesso vidi una signora tedesca con paralisi alle gambe, farsi trasportare da due uomini sulla Acropoli. Di ciò solo l'isteria è capace.

In alcuni casi sono specialmente i disturbi psichici che conducono gli infermi alla disperazione. Pensieri orribili, stati di ansia, ricordi di storie inaudite della loro vita, cordogli tremendi, sogni notturni con particolari spaventevoli, anche pretesi disturbi psicosensoriali (un uomo nero con un lungo coltello, la madre rivestita del lenzuolo mortuario, aggressioni sessuali), tutto ciò abbellito in modo teatrale e vanitoso, fanno scorrere agli infermi ad ogni opportuna occasione veri torrenti di lagrime, mentre nello stesso tempo hanno un senso molto pronunciato, benchè nascosto, per le gioie della vita; non mancano mai a nessuna festa dell'Asilo e con rassegnazione eroica fanno ovunque pompa del loro sovrumano dolore. In tali casi è manifestato spesso il desiderio di morire, di togliersi la vita e talora sono anche compiuti alcuni tentativi iniziali, come legarsi strettamente un nastro al collo, inghiottire una spilla, bere un liquido sospetto; ma di regola non esiste alcun vero pericolo se non avviene qualche sfortunato incidente.

A causa di frequenti disturbi ipocondriaci gli isterici sogliono ben presto cercare l'aiuto del medico; spesso hanno anche una accentuata necessità di queste cure. Il medico deve dedicarsi specialmente a loro, interessarsi particolarmente ai loro lamenti e ai loro desiderii, essere ogni momento a loro disposizione. Quindi gli infermi amano tenere al corrente il medico anche negli intervalli, tempestarlo di lettere, cercare il suo aiuto nelle più sciocche occasioni, di giorno o di notte. In tal modo essi possono dipendere completamente da un dato medico senza il quale credono di non poter vivere. Per lo più però questi rapporti cadono presto. Gli infermi pieni di pretese credono di non ricevere i dovuti riguardi, di essere ingannati nella loro grande aspettativa; del resto essi hanno bisogno di cambiare sempre. Così avviene che talvolta passano da un medico all' altro, chiedono il consiglio di molte celebrità e specialisti, ma non reggono a nessuna cura, non seguono affatto i consigli domandati, oppure li seguono come piace loro. Si vedono questi infermi che hanno tentato tutte le possibili cure ingerire con entusiasmo un nuovo medicamento per passare però dopo breve tempo ad uno ancora più nuovo. « Essa in molte cose può essere il suo proprio medico », mi scriveva il marito di una simile inferma. Infine cadono molto spesso nelle mani di medici abusivi che prevengono le loro intenzioni, soddisfano la loro

tendenza a cure miracolose, raggiungendo in tal modo meravigliosi risultati, sebbene disgraziatamente solo passeggeri. La mia predizione che i raggi Röntgen avrebbero procurato in tali casi le guarigioni più strane si è esattamente verificata.

Un fatto molto frequente negli isterici è l'*aumentato sentimento di sè*. Poichè la propria persona e quindi i rapporti di essa con l'ambiente esterno acquistano per l'infermo una importanza smisurata, così scompare l'interessamento per gli altri. L'infermo risente con morbosa vivacità ogni piccolo fatto contrario al proprio benessere, mentre i più gravi sacrifici da parte di altri gli sembrano quasi naturali. Perciò egli suol essere ingiusto, malcontento, pretenzioso, richiede l'osservazione e la distinzione da parte dei suoi vicini, si ritiene molto offeso per presunte noncuranze e trascuratezze. Molto facilmente si sviluppano da ciò piccole gelosie con successivi scoppi sentimentali, lunghi discorsi, infinite spiegazioni, scene di riconciliazione, tutto ciò per occasioni insignificanti ed anche ridicole.

Dall'aumentato sentimento di sè e dalla incostanza dell'umore provengono i disordinati desideri di tanti isterici. Questi sono sempre insoddisfatti, stanchi dell'istante presente, desiderosi di cose nuove mai avvenute, specialmente di favori che li distinguano da altri. Insorgono sempre nuovi desideri, si modifica continuamente il mobilio delle camere, cambiano continuamente di abiti, di cibi, cercano di frequentare altre persone, e su numerose lettere e cartoline scrivono una enorme quantità di desideri, preghiere, richieste, scongiuri e lamenti. È spesso meraviglioso vedere con quale abilità gli isterici sappiano annodare relazioni nelle più svariate direzioni, ottenere piccoli e grandi favori, essere il centro molto considerato del loro ambiente. Anche i meno intelligenti, anzi addirittura anche deboli di mente, possono possedere in alto grado tale qualità. Gli isterici quindi sogliono predominare nelle loro famiglie, tiranneggiando in modo incredibile i parenti più stretti.

Tale fatto è riconoscibile per lo più dalla smania di sembrare interessante, di mettersi in una luce speciale, di far parlare di sè. Dovunque predomina la loro personalità. I sentimenti, i dolori, i desideri di questi infermi sono sempre importanti; le loro comunicazioni sono confessioni intime o frasi vaghe piene di misteri senza scopo. Nelle lettere la uniformità dei lamenti viene interrotta da frasi nelle quali gli infermi sono pieni di autoderisioni. Una delle mie inferme si chiamava la martire addolorata, la grande pazza oggetto di studi.

A ciò fa contrapposto in altri infermi, al posto dell'egoismo morboso, la proclività ad una voluta trascuranza, dovuta alle tendenze

naturali egoistiche, però col tacito desiderio di una stima speciale per i loro gravi sacrifici, anche se sciocchi. Molti isterici si inebriano al pensiero di dare tutto ai poveri, di prestare le loro cure ai malati, ai miseri, abbassandosi anche volontariamente. Essi desiderano compiere qualche cosa di grande, avere una occupazione, rendersi utili all'umanità. Vero è che di solito gli infermi si limitano a tali pensieri elevati, o ad incominciamenti spesso affatto inutili. Molto di frequente ci possiamo anche convincere che gli infermi che apparentemente sembrano dai loro discorsi sacrificarsi completamente per il bene dei loro figli, per un progetto di beneficenza, non fanno alcun vero lavoro, ma solamente alcune cose superficiali che dieno nell'occhio. Malgrado ciò non v' ha dubbio che la vita claustrale per esaltato rinnegamento della vita normale, e la cura degli infermi hanno sempre attratto un gran numero di persone a predisposizione isterica.

Sul terreno della volontà si rende evidente sopratutto una aumentata *suggestibilità*. Gli infermi sono facili a determinarsi sotto ad ogni genere di influenze, facili ad entusiasmarsi, ed anche ad essere deviati. Specialmente l'*esempio* è di grande importanza pel modo di agire di questi infermi. In contraddizione apparente con questa straordinaria influenzabilità per le più svariate ed insignificanti occasioni sta la capricciosa *ostinazione* spesso molto accentuata. Quando si sono « messi qualche cosa in testa » può divenire difficilissimo vincere la loro resistenza; allora si rendono insistenti, ostinati, duri e indocili. Talvolta li si vedono sottomettersi per molto tempo senza una riconoscibile ragione ai più sgradevoli autotormenti, ferirsi di nascosto, rifiutare il nutrimento, rinunziare di parlare. Spesso ho veduto delle fanciulle rimanere per degli anni con una quantità di nutrimento incredibilmente piccolo, vicine a morire di fame, dimagrate come scheletri, mentre risultò dalla osservazione che somaticamente nulla impediva a loro di mangiare abbondantemente. Tale contegno contradditorio ha origine in verità dalla influenzabilità della volontà per influenze casuali, siano queste impressioni esterne o idee proprie. Tutto questo è aumentato dall'azione dell'ambiente in cui questi infermi vivono, dalle cure minuziose dei parenti, dalle loro premure di aiutarli, che rendono gli infermi il centro del circolo famigliare. Dalla facile determinabilità della volontà ha origine anche la tendenza degli isterici per azioni irriflessive, impulsive. Non è l'elaborazione logica della esperienza della vita che determina l'azione, ma uno scoppio sentimentale repentino, un impulso istantaneo, una qualsiasi occasione. Così avviene che la intera condotta della vita degli infermi è stranamente mal regolata, a scatti. Le

risoluzioni cambiano rapidamente senza una giustificazione sufficiente; si ha un miscuglio confuso di sforzi isolati che si incrociano, di intraprese errate, di fatti irriflessivi.

Da questa mancanza di unità e di intima fermezza si sviluppa una certa *inquietudine e irrequietezza,* che spesso sta in notevole contrasto con la cagionevolezza fortemente accentuata e con un bisogno che gli infermi hanno di aiuto. Essi hanno l'impulso di intraprendere qualche cosa, di avere una parte, di distinguersi, di partecipare a tutto, commettono eccessi, cercano di commettere stravaganze. Anche nel loro contegno si dimostra la mancanza dell'intima unità e fermezza. I malati oscillano repentinamente tra gaiezza eccessiva, grandissima vivacità, ricercata ruvidezza e inaccessibilità leziosa, timidezza o sensibilità lamentosa. Frequentemente l'abitudine a manifestazioni sentimentali molto vivaci li porta ad una più o meno involontaria *esagerazione dei movimenti espressivi.* I loro mezzi espressivi sono così usati abitualmente che gli infermi sentono il bisogno di manifestazioni sempre più vivaci per illustrare maggiormente la forza dell'agitazione interna. Però alla passionalità del contegno esterno non corrisponde affatto la forza reale delle emozioni, le quali possono essere cambiate con sorprendente rapidità da un'altra oscillazione sentimentale del tutto opposta. In tal modo si sviluppa negli infermi una tendenza per l'abuso di forti espressioni dei loro sentimenti, ad una esagerazione non corrispondente alla verità. Il proprio dolore è descritto come orribile, inesprimibile, senza confine; gli infermi si danno il nome di perduti, maledetti, cadono in svenimento al ricordo dei tormenti psichici sopportati o per lo meno tiran fuori il fazzoletto per asciugarsi le lagrime. Contemporaneamente però, in contrasto con emozioni veramente profonde, è molto ben conservato il piacere per godimenti meno elevati. Una inferma terminava la sua lettera ripiena delle automaledizioni più orribili con una preghiera affinchè le fossero inviati alcuni amaretti.

Per lo più gli infermi sogliono curare molto la propria persona. Si vestono possibilmente con gusto, ora in modo vistoso, ora con calcolata semplicità, hanno un senso squisito per ciò che è piacevole e confortabile, fanno collezioni di ogni genere di cose dilettevoli e graziose che amano mettere in artistico disordine. La loro capacità al lavoro diminuisce sensibilmente a causa della dipendenza da stati sentimentali e da impulsi; gli infermi non hanno alcuna tendenza per le occupazioni serie, faticose. Si sentono con facilità spossati, deboli, debbono aversi riguardo. Benchè dimostrino spesso molto gusto e abilità passano il loro tempo in cose superficiali e in giuochi, in graziosi lavori manuali, in dilettantismo artistico.

Il quadro della personalità isterica a grandi tratti descritto, è naturalmente solo la riunione di una serie di osservazioni ben determinate. Ogni singolo caso però può presentare le sue particolarità e soprattutto presenterà una graduale e diversa completezza delle caratteristiche suddette. Da alcuni e reputati autori anzi è stato affermato che l'alterazione psichica qui descritta non aveva nulla a fare con l'isteria, ma che appartiene al quadro della psicosi degenerativa che può associarsi all'isteria, ma che non deve essere sempre collegata a questa. La dipendenza dalla psicosi degenerativa in senso lato della alterazione isterica di tutta la vita psichica non è dubbia. Appunto perchè l'isteria si basa sopra una predisposizione e uno sviluppo patologico della personalità, a me sembra che le caratteristiche del contegno psichico, che per lo meno noi alienisti riscontriamo molto spesso con tratti così accentuati, appartengano indissolubilmente al completo quadro morboso di essa. Una delimitazione della « degenerazione » dalla isteria è possibile solo se si considera la malattia puramente dal punto di vista nevrologico. Ciò però sarebbe un grave errore. Anche in casi molto lievi nei quali innanzi tutto sono evidenti i sintomi « nevrologici », ad una osservazione esatta ci accorgeremo che difficilmente manca almeno un accenno della suddetta alterazione psichica generale. Che tale alterazione non raggiunga in ogni caso le sue forme più accentuate si comprende anche facilmente; anche la trasformazione epilettica della personalità tanto caratteristica può nei casi leggeri mancare quasi completamente.

Di grande importanza per il quadro morboso della psicosi isterica sono naturalmente anche i disturbi funzionali *somatici*, che sono considerati caratteristici della nevrosi generale (« stigmate »). Queste sono specialmente le paralisi di diverso grado di alcune membra, i disturbi della deambulazione (astasia-abasia), la corea, l'ovarialgia, la mancanza invincibile di appetito, il vomito ostinato, i disturbi della respirazione, le anomalie delle secrezioni, l'afonia, il balbettamento, i disturbi visivi, il *globus*, il *clavus*, il *singultus hystericus*, gli svenimenti, le convulsioni unilaterali o generali, le contratture che accompagnano nel modo più svariato il quadro morboso. Una grande importanza hanno i disturbi della *sensibilità*. Richter riscontrò nel 40,8 % dei casi, per lo più al lato sinistro, emipoestesia, nel 33,8 % anestesia a zone, nel 8,4 % ipoestesia completa. L'insensibilità della faringe e della cornea si sogliono considerare come sintomi fino ad un certo grado caratteristici della isteria. Molto frequenti sono anche gravi disturbi del sonno. Tutti questi fenomeni, dei quali non è nostro compito fare qui la descrizione, hanno comune il fatto che da una parte non seguono nella loro

produzione i rapporti delle vie anatomiche e fisiologiche, e che riguardo al loro sopravvenire e scomparire dipendono in modo notevole da influenze psichiche. Così si spiegano le frequenti epidemie isteriche; l'assistere ad altri disturbi simiglianti stimola involontariamente ad imitarli. Il dolore di capo, gli attacchi convulsivi si manifestano dopo una inquietudine, dopo una dimostrazione clinica, in seguito a forte strofinio dei globi oculari, ad un qualsiasi intervento che inquieti l'infermo. Una mia malata avvertiva una zona di freddo sulla schiena là dove era stata toccata da una guardia; questa zona era anestesica.

D'altra parte le manifestazioni scompaiono non raramente con la pressione dell'ipogastrio iperestesico, con l'uso di forti correnti faradiche o con una doccia fredda. Un violento eccitamento, un comando, sono in grado di far scomparire tutto ad un tratto i sintomi paralitici più gravi; il vomito scompare con lavande gastriche, con l'uso di clisteri nutrienti, oppure facendo sperare semplicemente una guarigione. Infermi che per mesi e per anni avevano presentato vomito e che non mangiavano quasi nulla, e giacevano miseramente in letto, che di nascosto si ferivano, con una sola parola, con una idea subitanea furono trasformati completamente. Vero è che per il descritto stato degli infermi a tutte queste manifestazioni manca naturalmente la durata; il successivo momento può portare un'impressione cho fa ricomparire gli antichi disturbi con la manifestazione di nuovi che rapidamente vengono cambiati con altri. A ciò corrisponde il fatto che gli infermi quando sono sinceri e si credono inosservati dimenticano spesso qualunque loro malessere e dimostrano dal punto di vista psichico come anche somatico (nel camminare, nel mangiare), una grande capacità, la quale cede subito il posto alla precedente compassionevole spossatezza e viene dagli infermi completamente negata quando si parla ad essi della loro malattia, oppure quando vedono il medico.

Da queste e analoghe osservazioni si è concluso non raramente che negli isterici non si tratti d'una vera malattia, ma solamente di una simulazione comune. Senza dubbio alcuni segni patologici (accessi, febbre, sputi sanguigni, ecc.) sono simulati volontariamente e con un fine stabilito dagli isterici per assicurarsi la compassione del medico e per dare a questi una idea possibilmente cattiva della loro malattia. Così avviene non raramente che questi infermi pretendono di non aver mangiato nulla, di non aver defecato, mentre ad una accurata ricerca risulta che con la maggior furberia (di notte, con l'aiuto di altri infermi) si sono procurati cibo, o hanno gettato i loro escrementi, mentre con aria

disperata o con silenziosa ostinazione sostengono ciò che hanno affermato. Rothmann e Nathanson hanno descritto il caso di una inferma che per un mese con iniezione di latte nella vescica dava l'illusione di essere affetta da chiluria. Inoltre io potei scoprire che una inferma si procurava di nascosto, metodicamente, gravi lesioni nella vagina. Un altro infermo che presentava debolezza di mente si metteva in una ferita di ernia pezzi di fiammifero e di fil di ferro; egli soffrì per anni di ascessi dai quali fuoriuscivano simili corpi estranei. Altri per lo meno esagerano e cercano di rappresentare a colori vivissimi le loro sofferenze. Una delle mie inferme vedeva tutto « doppio e triplo ». Tuttavia si deve considerare che talora anche in una serie di altre malattie psichiche osserviamo la tendenza ad una specie di simulazione di alcuni disturbi. Sarebbe quindi completamente errato se dalla prova di un inganno fatto con intenzione volessimo concludere sulla mancanza di una malattia psichica generale. Se pure questo o quel disturbo accennato dall'infermo in realtà non esiste, la strana tendenza ad ingannare il medico e il motivo del tutto incomprensibile per l'uomo normale fa pensare che ci troviamo senza dubbio sopra un terreno patologico.

Sulla base isterica si sviluppano spesso disturbi psichici molto caratteristici, per lo più transitori, dei quali i più conosciuti ed importanti sono gli *stati crepuscolari*. Con questo nome si indicano degli attacchi, di durata più o meno lunga, di grave offuscamento della coscienza, che si sviluppano o indipendentemente o indirettamente in seguito ad attacchi convulsivi, e sono spesso anche terminati o interrotti da questi. Il semplice attacco isterico nel suo intero svolgimento indica che si tratta solo di un offuscamento e non della completa abolizione della coscienza. Gli infermi cadono di solito a terra senza farsi male, sono anche in modo notevole influenzati da eccitamenti esterni. Gli attacchi stessi decorrono come semplici svenimenti, oppure col quadro di attacchi convulsivi accentuati. Questi ultimi però non portano l'impronta della rigidità o di contrazioni uniformi, ma presentano piuttosto movimenti più complicati, qualche volta addirittura simili ad azioni volontarie affettive. Con gemiti e grida gli infermi si girano, si arrotolano, si stendono, agitano i piedi, battono con le mani intorno, si rotolano per terra, si ritorcono su se stessi, scattano; a ciò vanno uniti spasmi del diaframma, forte accelerazione del polso, rossore del viso, travolgimento degli occhi. Spesso la colonna vertebrale viene inclinata così fortemente all'indietro che gli infermi toccano il suolo o il letto solo con l'occipite e con le calcagna (« Arc de cercle »). Inoltre si osser-

vano capitomboli, salti repentini, il prendere oggetti, l'attaccarsi, l'arrampicarsi, il fare smorfie (« clownismus »), infine stati deliranti durante i quali gli infermi con vivaci movimenti espressivi (« attitudes passionelles ») rivedono per lo più determinati avvenimenti che li hanno impressionati. Così una delle mie inferme lottò violentemente in tale stato con un medico immaginario che, secondo le sue parole incoerenti, voleva farle violenza; un'altra vedeva avanti a sè monti di carta e bruciandoli distruggeva i suoi beni e la sua fortuna. Spesso sono avvenimenti veri che in tali casi vengono riprodotti con tutti i particolari dall'infermo per lo più in forma un po' teatrale. GIANNULI (1) ha riferito esempi molto istruttivi del genere, fra cui il caso di un impiegato doganale che con grande pericolo della vita aveva salvato una donna dalle furie di una mandra di buoi, alcuni mesi dopo, avendo casualmente incontrato questa donna ed avendo ricevuto da questa profondi ringraziamenti, cadde in uno stato crepuscolare isterico durante il quale si ripresentava in modo delirante il fatto avvenuto. Talvolta però nel contenuto del delirio non v'è nulla di vero. Gli infermi si trovano in situazioni pericolose oppure cadono estatici avendo visioni celesti e sensazioni voluttuose, e questi toni sentimentali si riflettono distintamente nel loro contegno e nei loro discorsi incoerenti.

Tutti questi diversi periodi dell'attacco isterico possono succedersi l'uno all'altro e spesso si ripetono per lungo tempo in serie irregolari. I delirii sono interrotti da svenimenti, da convulsioni, poi incominciano di nuovo in forma uguale o anche un po' mutata. Spesso sopravvengono anche separatamente fenomeni nervosi o psichici dell'attacco per riunirsi poi in seguito nel completo e variabile quadro di esso.

Dopo l'attacco isterico gli infermi giacciono col corpo abbandonato, e solo talvolta si manifesta un accenno di rigidità, respirano tranquillamente, hanno il polso per lo più rallentato, gli occhi sono ruotati in alto o lateralmente, quasi immobili, però a stimoli efficaci, specialmente con il pennello faradico, reagiscono per lo più con movimenti difensivi, contrazioni, travolgimento degli occhi o con spavento improvviso e svegliandosi. In alcuni casi questo stato, dovuto forse ad attacchi convulsivi e a delirii, può durare molti giorni e anche delle settimane con pochi intervalli di ore; si parla allora di *letargia* isterica. Talvolta gli stati crepuscolari sono perfettamente simili al sem-

(1) GIANNULI, *Monatsschrift f. Psychiatrie, IX.* 107.

plice sonno (« attacchi di sonno »). I lineamenti dell'infermo prendono tutto ad un tratto una espressione di stanchezza; gli occhi si chiudono; la testa cade abbandonata; le membra vengono rilasciate e gli infermi sembrano dormire con respirazione profonda e regolare. Per lo più dopo breve tempo si risvegliano da sè, oppure si riesce a svegliarli solo con forti stimoli. Essi sembrano dapprincipio ancora sonnolenti, allo svegliarsi guardano intorno con sguardo smarrito e non sanno ciò che è avvenuto.

Simili attacchi di sonno formano il passaggio per le manifestazioni del *nottambulismo o sonnambulismo*, che si osservano negli isterici durante il sonno naturale. Gli infermi in questo stato si alzano dal letto, si affacciano alla finestra, girano per la camera o per la casa, possono commettere atti del tutto ordinati, ma talvolta anche atti insensati (stracciare i vestiti, nascondere oggetti) e anche atti delittuosi (furti, incendi). Dopo alcun tempo si rimettono in letto e la mattina seguente si risvegliano con un ricordo molto indistinto di ciò che è avvenuto. Non raramente riesce di svegliare gli infermi dal loro stato chiamandoli, oppure con stimoli più potenti (freddo, punture, pizzichi). Simili attacchi si possono osservare anche di giorno e si sviluppano ordinariamente in seguito ad un attacco convulsivo, talvolta anche in seguito ad un attacco di riso o di pianto. Gli infermi fanno in tali casi l'impressione di sonnambuli, passeggiando su e giù con le braccie incrociate, gesticolando e parlando a bassa voce in modo incomprensibile. Però in generale non si possono influenzare con stimoli; e talvolta neppure la forzata contenzione o le correnti faradiche sono sufficienti a far scomparire questo stato speciale.

Negli infermi giovani specialmente si osservano stati crepuscolari con *caratteristici eccitamenti puerili*. Gli infermi sono quasi sempre di umore allegro, sfrenato; non riconoscono i loro compagni, fanno discorsi impertinenti, hanno un contegno sciocco, ostinato, commettono molti atti insensati o insolenti, gridano, imitano il canto degli animali, prendono improvvisamente la fuga. Spesso in questi casi nel contegno abbastanza cosciente del giovinetto, la natura morbosa del disturbo si fa evidente per l'osservatore quando dopo alcuni minuti od alcune ore un lieve attacco convulsivo chiude lo stato di agitazione e succede con completa mancanza di ricordo dell'avvenuto, un contegno tranquillo, scoraggiato, al posto dell'antecedente stato di sfrenatezza. Rieger ha potuto riprodurre coll'ipnotismo queste forme, come pure le forme deliranti degli stati crepuscolari, però non raramente si possono riprodurre anche in altro modo.

Questi ultimi disturbi sono forse in istretta relazione con quegli stati crepuscolari che secondo l'opinione di Ganser (1) sono accompagnati dal fenomeno della *paralogia*. Si trattava in tali casi di prigionieri in carcere preventivo che divennero facilmente confusi, presentavano vivaci allucinazioni e davano risposte completamente errate a domande loro rivolte, benchè apparentemente le comprendessero con una certa difficoltà. Contemporaneamente si aveva una estesa abolizione della sensibilità dolorifica. Dopo pochi giorni gli infermi, scomparsi questi disturbi, divennero tutto ad un tratto quasi normali, però non li ricordavano. Anch'io ho avuto occasione di osservare casi analoghi. Inoltre in alcuni infermi una infinita serie di questi stati crepuscolari si prolungò per molti mesi, una volta, in un detenuto preventivo per più di un anno. Gli infermi sono per alcuni giorni recalcitranti, cupi, smemorati, apparentemente assorbiti da svariate allucinazioni, manifestano idee di persecuzione e di grandezza, dànno risposte insensate, divengono tutto ad un tratto agitati e brutali senza alcun riguardo. Nei periodi intervallari sono più lucidi, il contenuto delle loro idee è erotico, talvolta sono allegri, talvolta irritati, si adornano, tormentano i loro compagni, riferiscono i pettegolezzi della casa, ma non ricordano nulla di ciò che è avvenuto durante gli stati crepuscolari. Dopo pochi giorni, spesso anche prima che gl' infermi siano completamente lucidi, s'inizia un nuovo attacco. In tali casi oltre l'offuscamento della coscienza si manifesta anche analgesia; contemporaneamente si manifestano in modo periodico accentuati attacchi isterici. In queste gravi forme ho avuto spesso il dubbio se si fosse trattato di semplice isteria, ma ho accettato questa ipotesi perchè ho avuto occasione di convincermi che gli infermi anche dopo lungo tempo non divenivano dementi, ma alcuni vivono già da molti anni, senza difficoltà, una vita libera.

Il ricordo del periodo dello stato crepuscolare suole essere molto oscuro e spesso scompare completamente. Si hanno anche lacune mnemoniche *retrograde* di un periodo più o meno esteso avanti l'attacco. In alcuni casi il ricordo di un antecedente attacco insorge tutto ad un tratto durante un successivo attacco analogo, mentre nell'intervallo era completamente perduto. In tal modo può aversi una specie di « sdoppiamento della personalità » sicchè l'infermo presenta alternativamente due stati completamente diversi dei quali i periodi analoghi sono sempre in reciproco rapporto. Talora è stato anche

(1) Ganser, *Archiv f. Psychiatrie*, XXX, 633.

osservato l' apparente alternarsi di tre o quattro diverse personalità. La coscienza e le impressioni di uno stato non vengono trasportate nell'altro. Talvolta uno stato corrisponde completamente ad una determinata età, analogamente come nell'ipnosi si può ricondurre apparentemente un soggetto a periodi passati della vita. Tuttavia si deve ricordare che in queste moltiplicazioni della personalità si tratta sempre solamente di effetti di autosuggestioni; il nuovo stato si sviluppa come il malato se lo raffigura; egli non diviene in realtà bambino nel senso psichico, ma lo imita soltanto sebbene involontariamente e inconsapevolmente.

Poichè l'isteria è unita con una trasformazione di tutta la personalità psichica, anche le psicosi più diverse che non sono veramente isteriche possono assumere su questa base, mescolandosi con alcuni tratti speciali, un colorito caratteristico; Nissl fece questa osservazione nell'11-12 °/₀ di inferme isteriche. Questo vale specialmente per la psicosi maniaco-depressiva, della quale noi già sappiamo che si sviluppa essenzialmente sul terreno di una predisposizione morbosa. Anche all'inizio della *dementia praecox* noi riscontriamo spesso diversi accenni d'isteria. Inoltre però si dà il nome di isterismo a molte malattie che non hanno alcun rapporto con la nevrosi qui descritta. Per lo più si vuole caratterizzare in tal modo l' insorgere di eccitamenti sessuali, che in verità risalta molto più spesso e più profondamente in altre forme della pazzia che nell' isteria. Finalmente nel decorso dell'isteria si osservano alcuni disturbi psichici molto ben delimitati, che sembra siano solamente forme di manifestazioni della malattia fondamentale. A queste appartengono innanzi tutto degli *stati depressivi tristi* o *ansiosi*, che intervengono senza alcuna ragione e che durano più o meno a lungo, i quali spesso sono accompagnati da indecise idee di peccato e di persecuzione. Gli infermi talvolta riferiscono di aver veduto persone o di aver udito rimproveri, ma io sono sempre in dubbio se in tali casi si tratti realmente di disturbi psico-sensoriali o di vivaci rappresentazioni, oppure al massimo di avvenimenti sognanti. Molto frequenti sono inoltre degli *stati di eccitamento* di ogni genere, più spesso in forma di iracondia morbosa, con violenti accessi di ingiurie, con la tendenza a distruggere e anche a sporcare, in relazione generalmente con una qualunque causa esterna, con una inquietudine, con un impulso di gelosia, ecc. Tutti questi stati scompaiono per lo più rapidamente, durano poche ore, pochi giorni o al massimo poche settimane. Al contrario di quel che avviene nei disturbi psichici maniaci, essi hanno un decorso affatto irregolare, influen-

zato da accidentalità, sebbene talvolta riappaiono ad intervalli determinati in rapporto con le mestruazioni. D'altronde alle agitazioni mancano sempre gli importanti sintomi maniaci della fuga delle idee e del caratteristico impulso all'azione; invece portano tutta l'impronta di vivaci scoppi sentimentali. Nello stesso modo anche gli stati depressivi degli isterici non sono accompagnati dallo stato di inibizione psico-motoria che caratterizza gli stati depressivi della psicosi maniaco-depressiva.

L'isteria è principalmente una forma di manifestazione della predi-posizione morbosa. Nel 70-80 % dei miei casi si riscontrò ereditarietà. Però bisogna tener presente a tale riguardo anche l'influenza della imitazione, come pure della educazione errata. Di solito diverse originalità si erano già osservate negli infermi prima che si manifestassero veri disturbi isterici, quali ad esempio la ristrettezza di mente fino alla debolezza, l'ostinazione, la irrequietezza, la verbosità, la pigrizia, la tendenza a vantarsi, a dir bugie, a delirare per lievissime febbri, l'esagerata devozione, ma sopratutto la grande irritabilità emotiva e il frequente repentino mutamento di umore. Talvolta avevano preceduto alcuni sintomi somatici, quale la corea, attacchi di vertigine, attacchi di sonno, male di capo, perdita della parola. Talvolta sintomi di tal genere seguivano ad una caduta, ad un trauma al capo, ad una malattia acuta, ad un eccitamento emotivo.

Come indica il nome (ὑστέρα utero) l'isteria si riscontra così spesso nel *sesso femminile* che si dubita ancora se si ha diritto di dare lo stesso nome a malattie simili degli uomini. Però la « isteria maschile » (1) oggi, come dobbiamo ammettere senz'altro seguendo la scuola francese, non è più una malattia rara. Mentre antecedentemente si ammetteva che l'isteria femminile fosse 20 volte più frequente della maschile, Jolly recentemente ritiene che il rapporto sia di 5 : 1. Marie e Souques riscontrarono l'isteria nelle classi più basse di Parigi un po' più frequente nel sesso maschile, forse per il fatto secondo Möbius, che in queste classi la differenza delle caratteristiche psichiche dei due sessi sia ancora poco pronunciata. Vero è che in tutti questi dati si deve considerare che essi sono completamente dipendenti dalla maggiore o minore delimitazione del concetto d'isteria. Degli isterici da me osservati il 30 % erano maschi. Ad ogni modo è molto difficile una linea di separazione tra la nevrosi nei due sessi. Non mancano negli uomini nè le caratteristiche manifestazioni convulsive, nè i mutamenti del carattere, nè

(1) Brunner, *Über Hysteric virilis. Diss. Zurich.* 1903.

gli stati crepuscolari, benchè nel sesso femminile abbiano una estensione molto più considerevole ed uno sviluppo più abbondante.

Molto frequente è l'isteria nei *fanciulli* (1), che s'inizia sin dalla più tenera età. In tali casi il sesso femminile ha solo una lieve prevalenza. Veramente in essi vediamo per lo più soltanto l'insorgenza di alcune manifestazioni morbose, quali cecità unilaterale, mutismo, convulsioni riflesse, torsione della colonna vertebrale o del capo per tensione muscolare, paralisi, accessi di grida, tosse convulsiva, stati crepuscolari *(chorea magna)*. Tutti questi disturbi vengono facilmente determinati da accidenti fisici, ma anche da eccitamenti emotivi e specialmente da contagio emotivo (epidemie di scuola). La povertà, la solitudine, la deficiente coltura favoriscono, come dice Bruns, l'insorgere di tali incidenti. In una età più avanzata l'isteria si manifesta più raramente, e si sviluppa appunto se già antecedentemente esistevano le condizioni necessarie. Tuttavia nel climaterio i disturbi non raramente si accentuano. D'altra parte anche nella vecchiaia sono stati osservati, forse in rapporto con malattie arterio-sclerotiche, disturbi psicogeni specialmente della deambulazione. Non credo però che si debbano collocare senz'altro tra le forme isteriche, ma si dovranno giudicare per lo più come le altre manifestazioni psicogene concomitanti delle malattie organiche cerebrali.

Da ciò che abbiamo detto risulta in ogni modo che i rapporti dell'isteria col sesso femminile non sono così costanti come era stato ritenuto fino ai tempi più recenti. Ugualmente il fatto che una serie di gravissime malattie degli organi sessuali può provocare disturbi somatici e anche psichici molto gravi senza per questo indurre manifestazioni isteriche, ci deve rendere diffidenti ad ammettere l'importanza decisiva delle malattie sessuali. Infatti noi vediamo svilupparsi disturbi isterici molto prima dell'inizio della maturità sessuale, inoltre vediamo svilupparsi l'isteria nel modo più accentuato anche con organi sessuali completamente normali.

D'altra parte non si può negare che molto di frequente negli isterici il risultato dell'esame, oppure le sofferenze indichino la vita sessuale quale sorgente della nevrosi, sicchè l'eliminare certi disturbi in questa sfera, e forse anche l'asportazione degli organi normali della procreazione produce talvolta un considerevole miglioramento delle sof-

(1) Bruns, *Die Hysterie im Kindesalter*. 1897; Sanger, *Monatsschrift f. Psychiatrie, IX*. 321.

ferenze isteriche. Da tutti questi fatti risulta con sicurezza che la vera *causa* della isteria, come già si è detto, risiede in una predisposizione patologica di tutto il sistema nervoso, ma che nella donna, negli organi genitali, si debba ricercare una delle più copiose sorgenti di quelle irritazioni e lesioni esterne che sul terreno già preparato determinano le manifestazioni isteriche. Solo in tal modo si spiega come la medesima malattia decorra in un caso senza lasciare quasi traccia, in un secondo produca lievi disturbi nervosi, mentre in un terzo caso induca una multiformità di manifestazioni isteriche.

Le idee riguardo alla *natura* della isteria non sono ancora concordi. Da una parte si e messo in dubbio l'insorgere ordinario della malattia da stati patologici cerebrali. BIERNACKI ha concluso dalle sue esperienze sul sangue degli isterici che in questa malattia come nella « neurastenia » si tratti di disturbi primitivi di ossidazione, che solo successivamente producono gli altri sintomi morbosi. VIGOUROUX considera come base dell'isteria un disturbo gottoso del ricambio materiale, come per l'epilessia e per la psicosi maniaco-depressiva. Per altro queste opinioni poco fondate non sono in rapporto con le altre nostre osservazioni cliniche ed etiologiche, perchè trascurano completamente gli intimi rapporti della isteria con le altre forme della degenerazione psicopatica, le caratteristiche originarie dei soggetti infermi e il modo di origine psichico.

Altri concetti patogenici sono legati direttamente allo sdoppiamento della personalità come pure alle caratteristiche paralisi e ai disturbi della sensibilità. CHARCOT e i suoi allievi hanno dimostrato con finissimi esperimenti che le parti apparentemente insensibili possono tuttavia determinare rappresentazioni e movimenti, senza però che le impressioni stesse giungano alla coscienza. L'esempio più evidente è la sicurezza con la quale gli isterici malgrado un campo visivo molto ristretto si muovono in posti sconosciuti, mentre un infermo di *retinitis pigmentosa* sarebbe in quegli stessi casi nella condizione di un individuo completamente cieco. In tali casi si utilizzano certamente per l'orientamento locale quelle impressioni che non vengono coscientemente percepite; fatti simili si ripetono toccando punti insensibili della cute. Si è potuto anzi dimostrare che la trasformazione di uno stimolo in movimento aveva luogo più rapidamente in tali condizioni che non per il movimento volontario e cosciente. Si è parlato quindi di una « scissione » della coscienza (JANET) nel senso che regioni isolate cangianti di esperienza sensoriale potessero perdere il rapporto con la completa coscienza della personalità. Certi gruppi di impressioni esterne non trovano sul

momento la via per giungere alla coscienza, mentre però dànno origine ad azioni indirette nella vita psichica. Viceversa la volontà cosciente non può giungere a questo o a quell'organo, sicchè questo è messo in azione solamente per mezzo di raggiri inconsapevoli, sebbene per sè stesso sarebbe capace di funzionare. SOLLIER ha recentemente supposto che si tratti addirittura di uno stato parziale di sonno, un vigilambulismo degli isterici. Ugualmente, come nel sonno, impressioni diverse influiscono forse sui nostri sogni e sui nostri movimenti senza risvegliare però sensazioni e rappresentazioni coscienti; così anche alla coscienza isterica mancano alcune regioni di esperienze sensoriali perchè sono addormentate alcune regioni cerebrali alle quali vanno gli eccitamenti; ugualmente avviene per le paralisi. Questi sono veramente splendidi paragoni per farci comprendere con più facilità i fatti clinici. Però difficilmente adotteremo il comodo sistema di SOLLIER, di osservare cioè, i punti dolorosi sul cervello e sul midollo spinale, che sopravvengono con un « risvegliarsi » suggestivo dei singoli organi, per precisare i loro « centri ».

BREUER e FREUD esprimono un concetto singolare del disturbo isterico e nello stesso tempo di una serie di altri disturbi. Secondo le loro affermazioni, la isteria è prodotta da determinati fatti sessuali passivi della più tenera infanzia, i quali poi sotto forma di ricordi incoscienti sono conservati per tutta la vita e trasformandosi portano alla nevrosi isterica. Se questi fatti sessuali invece che passivi sono stati attivi si sviluppano allora nel medesimo modo rappresentazioni coatte, e anche certi quadri morbosi paranoici potrebbero avere una simile origine. Tutto ciò si viene a sapere facendo domande agli infermi durante l'ipnosi. Non si può dubitare però che in tal modo si potrebbero sapere anche molte altre cose. Se per altro il nostro animo tormentato da fatti sessuali sgradevoli da lungo tempo dimenticati dovesse perdere per sempre il suo equilibrio, io credo che allora saremmo giunti al principio della fine della nostra razza; la natura allora si sarebbe presa crudelmente giuoco di noi? Vero è che si dice che tutti questi ricordi divengono inoffensivi se al medico esperto riesce di renderli consapevoli con l'aiuto del procedimento « catartico », cioè col mezzo di pratiche ipnotiche ripetute.

In breve può dirsi che l'isteria sia un originario abnorme *stato psichico*, la cui caratteristica dipende dal fatto che dei cambiamenti patologici somatici, sono, come dice MÖBIUS, provocati « da rappresentazioni ». Io vorrei aggiungere ciò che MÖBIUS pure dice altrove, che cioè sono rappresentazioni *fortemente sentimentali*, anzi spesso sono

sentimenti, il contenuto rappresentativo dei quali è molto poco chiaro. Così si spiega come questi disturbi somatici nella loro forma non corrispondono sempre al contenuto degli stimoli e delle rappresentazioni determinanti, e possono riguardare campi che non sono affatto accessibili alla influenza della volontà cosciente, ed anche talvolta non vengono affatto rilevati dai malati stessi. Questi fatti sono ben noti per quanto riguarda i sintomi concomitati somatici dei sentimenti. Il rapporto tra tristezza e lagrime, fra scherzo e riso non è maggiormente comprensibile del rapporto che passa tra spavento ed emianestesia. La paura può eccitare ad altri stimoli l'attività intestinale e imbiancare i capelli, come l'isteria può dare origine a edemi e a disturbi dell'attività cardiaca. Tra gli effetti delle emozioni riscontriamo anche offuscamento della coscienza, intenso assorbimento unilaterale dell' attenzione insieme ad insensibilità. Nell'uomo normale però i successivi effetti incoscienti dei sentimenti perdono presto la loro forza e vengono molto rapidamente dominati da nuovi impulsi psichici. Nell'isteria invece possono raggiungere una certa indipendenza e siccome sono influenzabili dalla volontà e da successivi avvenimenti, possono dominare durevolmente alcuni campi dei processi somatici. Il supporre simili « forme durevoli » di effetti successivi incoscienti, come dice Krehl, rappresenterebbe forse, a mio parere il nucleo utilizzabile delle osservazioni di Breuer e Freud. Per quanto io non pretenda di spiegare le manifestazioni isteriche, pure giungo alla conclusione che una parte essenzialmente importante per il loro insorgere sia dovuta probabilmente *alla sovra-abbondanza di eccitamenti emotivi, come pure alla estensione e alla durata morbosa delle loro involontarie manifestazioni concomitanti.*

Per altro, appunto per questa ragione io debbo contraddire Möbius, il quale ritiene che i disturbi mentali degli isterici non siano che « complicazioni ». A mio parere essi non sono altro che manifestazioni della stessa causa sulla quale si basano i disturbi somatici. Il caratteristico aumento della influenzabilità emotiva mancherà difficilmente anche in quei casi di isteria in cui mancano anche i sintomi più gravi della degenerazione isterica. Non è perciò solo una casualità vedor insorgere in bambini, nei quali non esiste una grande predisposizione ereditaria, isolati disturbi isterici dovuti alla loro grande eccitabilità emotiva che influisce sui più differenti processi emotivi, disturbi che in seguito, raffermandosi la personalità, possono andar perduti senza lasciare alcuna traccia. In tal modo si potrebbe spiegare la maggiore frequenza della isteria nel sesso femminile, e il carattere relativa-

vamente grave della isteria maschile. Per la poca predisposizione dell'uomo a violente ed estese reazioni sentimentali (pianto, grida, tremore, svenimenti, ecc.), le manifestazioni isteriche nel sesso maschile giungeranno ad un maggiore sviluppo solo se esistono profondi cambiamenti del completo stato psichico. Quando però esse insorgono, persisteranno molto più tenacemente nella vita psichica più complessa degli adulti e specialmente degli uomini, che nella personalità facilmente trasformabile del bambino; questa supposizione corrisponde perfettamente alla verità.

Come risulta da quanto si è detto, il *decorso* dell'isteria è di solito lungo, non raramente dura per decenni. In alcuni casi, e specialmente nel sesso femminile, i primi segni della malattia si presentano nel 10.°, 12.°, anno di età e anche prima; anzi sono stati riferiti alcuni casi nei quali la malattia s'iniziò al 2.° anno di età.

In contrasto con la persistenza degli stati isterici le singole forme della alterazione psichica possono assumere un decorso straordinariamente mutevole e svariato. Anzi può dirsi che il repentino e diretto *mutamento* dei *sintomi* è in alto grado caratteristico della psicosi isterica. È per così dire una serie di incidenti che si succedono sul fondamento comune e la cui durata non sorpassa di solito alcuni mesi; spesso anche durano solamente pochi giorni o poche ore. Tuttavia da stati di depressione, di eccitazione crepuscolare, dai disturbi somatici, si può formare un quadro morboso molto svariato, pieno di contraddizioni, che dura talora anche più di un anno. Nella isteria infantile invece la quantità delle manifestazioni e anche la loro durata suole essere relativamente scarsa; anche l'isteria maschile forma per lo più un quadro molto monotono; in essa gli stessi disturbi si conservano spesso per interi anni senza rimarchevoli oscillazioni.

La *prognosi* della psicosi isterica è in generale favorevole per ciò che riguarda i veri attacchi di disturbi psichici; prima o poi sopravviene un miglioramento o per lo meno un cambiamento anche senza cura. Una vera progressione della malattia per sè stessa non avviene; piuttosto le condizioni speciali nelle quali si trovano gli infermi sono di regola essenziali per il miglioramento o il peggioramento delle manifestazioni morbose. Ad ogni modo non si giunge mai ad una demenza. Anche nei casi più pronunciati che sono associati ai più gravi disturbi, non vediamo affatto svilupparsi i sintomi della debolezza mentale; quindi io ritengo che dobbiamo escludere in modo assoluto le forme di demenza dal quadro della isteria, che del resto è ben chiaro ed uniforme; e non vi è alcuna difficoltà a collocare tali forme in altri gruppi.

La prognosi della isteria è invece meno favorevole per la possibilità, proveniente dalla sua stessa essenza, delle ricadute in forme svariatissime. Solamente la isteria dei bambini suole, nel progressivo sviluppo somatico, scomparire non di rado completamente, rimane però non raramente una certa diminuzione della capacità di resistenza psichica. Negli adulti non si può pensare ad una vera cessazione della disposizione isterica, invece si ottengono a volte importanti guarigioni quasi miracolo se quei in casi nei quali cause irritative esteriori (malattie sessuali, modo di vita inadatto, influenza nociva dell'ambiente) sono il motivo determinante della malattia. D'altra parte, come avviene di preferenza nel sesso maschile, le gravi forme di isteria con accentuati disturbi ipocondriaci si mostrano a lungo andare quasi inaccessibili all'intervento medico e dimostrano una specie di decorso progressivo con un peggioramento continuo o a sbalzi di tutto il quadro morboso. Questi stati rappresentano le forme di passaggio alla pazzia degenerativa nel senso stretto.

La difficoltà di una netta determinazione del concetto della psicosi isterica, indica gli *stretti rapporti* di essa con stati morbosi simiglianti. Specialmente « l'isteria maschile » lascia riconoscere nel modo più chiaro questi rapporti. Da una parte si debbono notare i numerosi passaggi alle diverse forme di pazzia degenerativa; però questi quadri morbosi sogliono essere molto più uniformi di quelli isterici; inoltre mancano in essi gli stati crepuscolari e le svariate manifestazioni concomitanti somatiche. Möbius ha accentuato le differenze tra « incapacità » isterica e quella dovuta al timore di compiere certe azioni semplici, quali il camminare e lo star fermi. Mentre nel primo caso si tratta di impossibilità a far giungere al muscolo l'impulso volitivo, nel secondo caso la rappresentazione di ciò che si deve fare produce una violenta agitazione emotiva che in alcuni casi porta a sensazioni sgradevoli e anche dolorose, oppure ad un intervento inopportuno e disturbante della volontà nei processi che altrimenti decorrerebbero in modo automatico. Quindi nel primo caso gli infermi non possono neppure provare ad eseguire l'azione richiesta, sicchè il loro stato è simile completamente a quello dei veri paralitici; nel secondo caso invece la prova non si compie a causa dei sintomi morbosi concomitanti che insorgono subito; e solamente dopo ripetuti tentativi non viene compiuta. Queste differenze distinguono l'isteria da certe forme di fobie che hanno con essa una apparente rassomiglianza; inoltre dimostrano anche esatta la posizione separata che abbiamo dato alla « nevrosi da attesa », nella quale abbiamo anche a fare con impedimenti di origine ansiosa. Inoltre queste forme si limitano sempre solo ad un singolo determinato campo

senza presentare il quadro mutamento sintomatico caratteristico dell'isteria. Anche la nevrosi da spavento mostra uno sviluppo molto più uniforme, però i casi ad esito sfavorevole somigliano alle gravi forme progressive dell'isteria.

Non è affatto il caso di insistere sul concetto recentemente emesso, di considerare, cioè, la isteria e la epilessia quali manifestazioni di uno stesso processo morboso. L'isteria è una manifestazione della predisposizione psicopatica, che si esplica nell'elaborazione morbosa degli stimoli abituali della vita; l'epilessia è un processo morboso che distrugge gradatamente più o meno le basi della personalità psichica. Tuttavia può essere molto difficile in certi casi distinguere l'una dall'altra le due malattie. Tale fatto non ci meraviglierà poichè la isteria da una parte sa « imitare » una grande quantità di malattie cerebrali diversissime, e d'altra parte anche l'epilessia può essere accompagnata da alcuni disturbi psicogeni, Negli attacchi isterici la coscienza non è così profondamente offuscata come in quelli epilettici; la caduta a terra non è perciò repentina, senza alcun riguardo, come nell'epilettico, e difficilmente avvengono serii ferimenti e morsi della lingua. Gli infermi per lo più si accorgono prima se viene l'accesso; talvolta forse si osservano contrazioni, rigidità di qualche arto insieme a coscienza più o meno lucida, ciò che avviene per vero anche in alcuni casi di epilessia. La rigidità pupillare durante gli attacchi, che è considerata sintoma diagnostico importante della epilessia, è stata recentemente riscontrata ancho nell'isteria (1). Anzi in alcuni infermi può esistere anche all'infuori dell'attacco e sembra che si tratti di uno spasimo dello sfintere dell'iride. Inoltre l'attacco isterico suole avere maggiori variazioni nella sua molteplicità, mentre l'attacco epilettico è quasi sempre uniforme. Infine le convulsioni isteriche sono soggette specialmente alle influenze di azioni esteriori. Non raramente si riesce a provocarle con fatti emotivi (visita medica, presentazione clinica) e abbreviarle o farle scomparire tutto ad un tratto con vivaci irritazioni. Molto spesso susseguono a cause determinate, quali il mangiare, l'alzarsi, il suono delle campane; si riuniscono in serie cumulative, per scomparire di nuovo completamente tutto ad un tratto.

Molto difficile può essere la distinzione tra gli stati crepuscolari isterici e quelli epilettici. In generale si può dire soltanto che questi

(1) Karplus, *Jahrb. f. Psychiatrie*, *XVII*, 1; A. Westphal, *Berlin. klin. Wochenschr*, 1897, 47.

ultimi sono accompagnati molto spesso da vivaci accessi di ansia, da grande irritabilità e tendenza a brutalità e a violenze, mentre gli stati crepuscolari isterici decorrono di solito in modo più tranquillo e più teatrale. Il contegno della memoria dell'attacco nei due casi, è per lo più molto differente. Con una osservazione alquanto prolungata, basandosi su altri fatti come sulla esistenza di stigmate isteriche, sulla natura degli attacchi convulsivi, e sul complesso dello stato psichico degli infermi, sarà di solito possibile fare la distinzione. Per il carattere isterico è tipica la capricciosità a scatti, il rapido mutamento dell'umore, la suscettibilità ad influenze esteriori, mentre nell'epilettico è maggiormente accentuata la facile iracondia brutale, la persistenza e la periodicità indipendente degli attacchi convulsivi, specialmente degli stati depressivi. Inoltre nell'epilessia l'indebolimento psichico suole essere più frequente e di grado più elevato che nella isteria.

Negli ultimi tempi, per la diagnosi degli stati crepuscolari isterici, si è dato un gran peso all'associazione della analgesia con quel fenomeno morboso che è noto sotto il nome di « paralogia » (1). Come già ha dimostrato Nissl, tali caratteristiche sono molto illusorie. La paralogia è molto più frequente nella catatonia senza però che vi sia un riconoscibile offuscamento della coscienza; anche l'analgesia si osserva in questa forma morbosa molto frequentemente, o per lo meno ve ne è l'apparenza a causa del negativismo. Per ciò ove non esistano altri sintomi di isteria sarà molto facile errare la diagnosi; ed io credo che una serie di casi descritti come stati crepuscolari isterici, ad una osservazione alquanto più profonda dovrebbero essere attribuiti alla demenza catatonica. Io ritengo giusto il far diagnosi d'isteria per l'associazione della paralogia colla analgesia solo quando esistono contemporaneamente i sintomi distinti di offuscamento della coscienza, di difficoltà della percezione, di smemoratezza e disorientamento e se inoltre questo stato scompare dopo breve tempo almeno transitoriamente, lasciando una lacuna mnemonica o per lo meno un senso di malattia.

La distinzione della isteria dai fenomeni concomitanti psicogeni di altri disturbi psichici si dovrà in prima linea appoggiare sulla di-

(1) Räcke, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, LVIII* 115; 409; Nissl, *Centralblatt f. Psychiatrie*, 1902, 2; Binswanger, *Archiv. f. Psychiatrie, XIXXV*, 332; Westphal, *Neurologisches Centralblatt*, 1903. 1.

mostrazione di quei segni morbosi che sono per sè stessi estranei alla isteria. Cosí una accentuata fuga di idee e l'impulso alla attività ci possono far pensare alla psicosi maniaco-depressiva; invece persistenti allucinazioni uditive, ottundimento emotivo, negativismo, stereotipie ecc. ad una *dementia praecox;* la rigidità pupillare riflessa e i disturbi della loquela parleranno per la paralisi progressiva nella quale i sintomi psicogeni si debbono considerare solamente quali disturbi accessori poco importanti. In qualche caso però potrà trattarsi dell'associazione della vera isteria con una di quelle malattie. Ugualmente può dirsi per la differenziazione dell'isteria dalle malattie organiche del cervello e del midollo spinale. Il riscontrare disturbi psicogeni non autorizza in tali casi a fare diagnosi di isteria, e ancor meno ad escludere una malattia organica: per altro in simili casi possono riscontrarsi gravi difficoltà. In un ragazzo schiaffeggiato dal maestro e nel quale il medico aveva supposto trattarsi di una meningite con esito quindi probabilmente mortale, in modo che il maestro era accusato di grave lesione somatica, io riconobbi trattarsi di semplici convulsioni isteriche. Anche altre malattie somatiche possono essere scambiate con l'isteria. Sander ha riferito il caso di due isterici nei quali furono praticate più volte delle laparatomie per supposta appendicite.

Per la *profilassi* dell'isteria (1) si dovrebbe praticare innanzi tutto una educazione informata ai principi dell'igiene, diretta al perfezionamento fisico. Frequentemente, e per motivi facili a comprendersi, proprio i genitori dei bambini che sono predisposti, sono quelli meno adatti ad impedire il successivo sviluppo dei fenomeni di questa malattia. In simili casi si deve cercare talvolta di togliere i bambini dalla influenza dei genitori; un còmpito successivo sarà quello di cercare di abolire per quanto è possibile le cause determinanti della malattia. Quindi debbono essere presi in considerazione tutti i disturbi somatici, specialmente quelli degli organi della digestione e degli organi sessuali. Appunto questi ultimi sono stati sempre il punto di attacco per la cura dell'isteria. Infatti il liberare da gravi alterazioni gli organi genitali esercita talvolta una ottima influenza sopra i fenomeni morbosi. Per altro è bene non abbandonarsi a soverchie speranze sulla durata dei miglioramenti ottenuti. E d'altra parte tali interventi hanno non raramente per conseguenza spiccati peggioramenti dello stato morboso (2).

---

(1) Strümpell, *Behandlung der allgemeinen Neurose*, Penzoldt und Stintzing *Handbuch der speziellen Therapie*, V.

(2) Angelucci e Pieraccini, *Rivista sperimentale di Freniatria*, XXIII, 290.

Recentemente si sono tentate per la cura dell' isterismo operazioni anche molto gravi, come la castrazione. Questo intervento, che è giunto fino alla asportazione di ovaie completamente normali, ha recato in qualche caso un esito favorevole, specialmente quando i disturbi avevano un certo rapporto coi periodi mestruali. Bisogna per altro tener conto anche della impressione psichica della asportazione, più efficace forse della sua importanza chirurgica. È però anche dimostrato che molto spesso questo buon successo non si verifica, oppure che la asportazione porta come conseguenza dei gravi stati di depressione. Io ho avuto occasione di curare una serie di isteriche che avevano subito operazioni ginecologiche, dalla castrazione fino all'amputazione dell'utero. Solo in qualche caso mi è risultato che con la scomparsa delle mestruazioni, che prima si presentavano con gravi disturbi siasi ottenuto un durevole miglioramento. Per lo più l'intervento restò senza effetto; una volta vidi un grave peggioramento. Un risultato sicuro e ben riconoscibile riguardo ai dati sulla castrazione nell' isteria non si è ancora raggiunto. Invece sembra che attualmente sia diminuita nei medici la tendenza a compiere simili operazioni.

Nella grandissima maggioranza dei casi noi dovremo limitarci a combattere le *manifestazioni* della psicosi isterica. Buoni risultati nelle forme ipocondriache lievi uniti a fatti paretici. insonnia, disturbi della digestione, forte e grave dimagramento, ha avuto, la cura dell'ingrassamento ideato da (1) Weir Mitchell e con ragione, perchè combattendo i detti sintomi dell' isteria si combattono anche le cause dalle quali la malattia prende sempre nuovo alimento. I successi di questa cura, che però è adatta solamente per un certo numero di casi, sono straordinari; anche dopo che i sintomi duravano dai 10 ai 20 anni si riuscì talvolta a giungere ad un efficace miglioramento di tutti i disturbi fino alla completa scomparsa di essi.

Sfortunatamente però il numero di quei casi nei quali non si può attendere un risultato di guarigione con la cura suddetta è assai grande. A queste forme appartengono specialmente quei casi che presentano accentuati disturbi psichici e con i quali è l'alienista che ha sopratutto da fare. A parte quelle misure che vengono richieste a causa delle eventuali oscillazioni dell' equilibrio psichico, bisogna in questi casi aver cura di migliorare lo stato fisico generale con opportuno nutrimento, con sufficiente movimento all'aria libera e procurando di

(1) Burkart, *Volkmann's Klinische Vorträge*, 245.

regolare il sonno. Allo stesso scopo servono inoltre i bagni freddi, il massaggio, la ginnastica, la faradizzazione generale. Tra i medicamenti si deve prendere specialmenle in considerazione come calmante ed anche ipnotico il bromuro di potassio; inoltre pel frequente stato anemico anche il ferro, l'arsenico, e per combattere gli « attacchi » lievi, la tintura di valeriana, l'acqua di lauroceraso, ecc. Possono anche essere usati altri ipnotici, ma bisogna non esser molto prodighi nel prescrivere medicamenti, perchè gli infermi per la lunga durata della malattia hanno grande tendenza ad abusare di medicinali. Specialmente la morfina diviene per gli infermi assai facilmente una abitudine, che deve essere evitata a *qualunque costo;* una delle mie inferme aspirava abitualmente il cloroformio. Gli attacchi convulsivi e gli stati crepuscolari si possono non raramente abbreviare di molto con doccie fredde o col pennello faradico.

La parte più importante del trattamento degli isterici risiede nella *cura psichica.* Molto spesso nell' ambiente degli infermi, formato o da loro stessi o sotto la loro influenza o per tutto il loro genere di vita, esistono cause nocive che favoriscono l'insorgere di sempre nuove manifestazioni morbose. Perciò in tutti i casi più gravi la cura degli isterici può solo essere attuata quando questi vengano completamente sottratti dall'ambiente abituale e posti del tutto nelle mani del medico. Il non adempire questo importante precetto porta ordinariamente ad insuccessi, mentre in altri casi si possono vedere nel più breve tempo splendidi risultati. Déjérine ha in modo sistematico perfezionato questo isolamento usando letti chiusi da tende, impartendo ordine di tacere ed in qualche caso facendo fare il buio nella stanza; nello stesso tempo usa la dieta lattea. Per il successivo trattamento psichico non si possono dare regole generali perchè in ogni caso ci dobbiamo adattare alla speciale caratteristica dell'infermo. Così si può trattare il malato molto delicatamente, oppure si può usare un modo ardito ed energico (« procedimento brusco ») o si può fare finta di non badare affatto agli infermi (« trascuranza intenzionale »); si possono anche, secondo Sollier, risvegliare gradatamente le parti dormienti del cervello, o secondo Breuer e Freud trasformare i ricordi incoscienti sessuali dell'infanzia in coscienti — ma sempre si dovrà considerare la personalità psichica con cui abbiamo a che fare volendo combattere i sintomi morbosi. Senza alcun dubbio buoni risultati possono essere facilmente ottenuti coi metodi più diversi, con cure elettriche e dietetiche, con idroterapia, metalloterapia, climatoterapia, anche colle cure di medici semplicisti, di omeopatici, di magnetizzatori, cure che si basano essenzialmente o completamente sulla *fede* degli infermi.

Questa nozione deve formare la direttiva per la cura degli isterici. È quindi sopratutto necessario per il medico acquistarsi la fiducia inalterabile e con ciò l'indispensabile potere sugli infermi; intento che non si raggiunge d'ordinario con un trattamento brusco e prepotente, ma bensì con una tranquilla e seria persistenza sempre benevola, ma non meticolosa nel programma del trattamento fissato. La ferma fiducia degli infermi di essere aiutati e il mezzo più potente di cura e fa raggiungere spesso i successi più sorprendenti col mezzo di futili interventi e apparentemente privi di senso. Quindi la conoscenza degli uomini e l'abilità personale hanno per il medico un campo molto esteso nella cura dell'isterismo come in nessun altra forma di malattia mentale. In tali circostanze è evidente che anche con l'aiuto della suggestione ipnotica si possono ottenere buoni risultati, ma disgraziatamente osserviamo spesso che la suggestione ipnotica efficacissima in questa malattia sul momento in cui si compie, per la scarsa stabilità psichica dell'infermo dopo poco tempo impallidisce in causa di altre influenze. In altri casi con la ipnosi si ottiene una tale dipendenza del malato dal medico continuamente desiderato che rende impossibile una efficace educazione della volontà degli infermi nella lotta contro i disturbi morbosi. Infine può dirsi che le forme gravi dell'isteria non raramente si dimostrano accessibili ai processi suggestivi solo in misura assai limitata. Quanto maggiore è la influenzabilità, tanto più facilmente si hanno auto-suggestioni perturbanti, e altrettanto rapidamente l'azione della suggestione medica viene distrutta da altre rappresentazioni contradditorie. Al contrario di ciò che riferisce Bruns io posso dire, in seguito a lunga esperienza, che l'isteria dei bambini offre il campo più favorevole al trattamento ipnotico. Moltissimi bambini con manifestazioni isteriche circoscritte, che in gran parte erano stati curati per mesi da altri colleghi assai reputati con tutte le possibili cure, ma senza alcun successo, ho potuto liberarli dai loro disturbi con poche sedute ipnotiche.

B. — *La nevrosi da spavento.*

Il quadro morboso che verremo descrivendo sotto il nome di « nevrosi da spavento » fu studiato accuratamente da Westphal e dai suoi allievi, come anche da Charcot sotto il nome di « nevrosi traumatica » (1) e « isteria traumatica ». Si tratta in tali casi di un quadro

(1) Oppenheim, *Die traumatischen Neurosen*. 2. *Auflage*. 1892; Schultze, *Sammlung Klinischer Vorträge*. N. F. 14. *(Innere Medicin N°. 6)*; *Deutsche Zeit-*

morboso composto di svariate manifestazioni nervose e psichiche che si sviluppa in seguito a gravi emozioni, spavento subitaneo, grande paura, e quindi viene osservato in seguito a infortuni e lesioni specialmente dopo incendi, esplosioni, accidenti ferroviari, terremoti, fulmini, scariche elettriche, ecc. Tra queste forme si possono collocare anche alcuni disturbi che si manifestano, come Möbius crede, in seguito a tentativi di suicidio.

In soggetti apparentemente sani, in seguito ad un accidente che ha prodotto al massimo un transitorio disturbo della coscienza, si sviluppa gradatamente, dopo qualche settimana o anche qualche mese, uno stato che è caratterizzato psichicamente da depressione con tristezza, e con timore ansioso di genere diversissimo. Inoltre vi ha diminuzione della capacità di resistenza somatica ed emotiva e della capacità ad ogni fatica. Gli infermi si mostrano silenziosi, depressi, comprendono lentamente, prendono poca parte a ciò che avviene nell'ambiente, sono di continuo occupati da rappresentazioni tormentose. Il loro processo ideativo è perciò per lo più uniforme e lento, si aggira essenzialmente sull' accidente intervenuto che talvolta viene descritto con grande flusso di parole. In alcuni casi si manifestano accentuate rappresentazioni coatte, agorafobia, mania trascendentale; per lo piu però appariscono malesseri ipocondriaci. Gli infermi non si possono più liberare dall'impressione dell'accidente subito e a causa di questo si sentono lesi in gravissimo modo nel loro stato di salute. Non sono più come prima, sono stanchi e spossati, « malinconici nell'animo », non possono più lavorare e osservano con grandissima attenzione tutto ciò che avviene nel loro organismo, tutto ció che sembra abbia rapporto con la loro malattia.

Dal punto di vista emotivo sono molto eccitabili, divengono facilmente timidi e imbarazzati, spesso non possono esprimersi coerentemente e avvertono continuamente un ostacolo nel pensiero e nella condotta per il senso d'intima oppressione e paura. L'ansia può aumen-

schrift für Nervenheilkunde, I, 5 u. 6, 445; Strümpell, *Munchner Medicinische Wochenschrift*, 1895, 49 u. 50; Sänger, *Die Beurteilung der Nervenerkrankungen nach Unfall*. 1896; Furstner, *Monatsschrift für Unfallheilkunde*, 1896, 10; Schuster, *Die Untersuchung und Begutachtung bei traumatischen Erkrankungen des Nervensystems*, 1899; Sachs *und* Freund, *Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen mit Besonderer Berücksichtigung der Untersuchung und Begutachtung*, 1899; Bruns, *Die traumatischen Neurosen. Unfallsneurosen, Nothnagels Handbuch, XII,* 1. 4. 1901.

tare ad accessi al punto da giungere a scoppi violenti, che talvolta conducono l' infermo fino al suicidio. La memoria è, malgrado che gli infermi si lamentino della sua diminuzione, sufficientemente buona, sebbene si possa spesso dimostrare una certa distrazione e smemoratezza che dipendono dalla mancanza di interessamento e dal disturbo dell'attenzione. Specialmente durante l'eccitamento gli infermi non sono capaci talvolta di compiere le cose più semplici, mentre poi risulta che si è trattato solo di una certa smemoratezza in seguito a irrequietezza emotiva. La capacità al lavoro degli infermi, per la loro mancanza volitiva e per numerosi malesseri nervosi è sempre sensibilmente diminuita o totalmente scomparsa. Esiste di solito una grande esauribilità; gli infermi dopo breve tempo sono sfiniti, divengono disadatti, si arrestano, fanno errori in cose semplicissime, si lamentano di ondate di sangue al capo; di cardiopalmo, di sudori profusi in seguito all'aumento del senso di fatica. Noi abbiamo potuto in una serie di casi, per mezzo di un esame metodico con il calcolo determinare la rilevante diminuzione della capacità al lavoro e l'elevata esauribilità della attività psichica. Per lo più i disturbi psichici non presentano un successivo sviluppo; solo talvolta si riscontra l'insorgere di stati crepuscolari, di eccitazioni acute allucinatorie e ancora più raramente accentuata debolezza mentale. Però i fenomeni primi anormali dovrebbero appartenere alla vera isteria, mentre nell'ultimo caso si tratterà sempre di vere lesioni cofaliche.

Il *sonno* degli infermi è di solito disturbato da sogni ansiosi, *l'appetito* è scarso; il *peso del corpo* diminuisce spesso considerevolmente. Nel capo esiste ogni genere di sensazioni morbose, senso di pressione, di pesantezza, vertigine; senso sgradevole durante il movimento, alla schiena e ai lombi senso di tensione e rigidità; nelle parti colpite varie parestesie e dolori. Inoltre gli infermi si lamentano di disturbi astenopici, di suoni e sussurrii alle orecchie, di cardiopalmo, di diminuzione della potenza sessuale, di maggiore difficoltà nell'urinare, di stitichezza e anche di vomiti ostinati. Obbiettivamente possono mettersi in evidenza disturbi della sensibilità che si estendono in modo variabile, analgesie vicino a punti iperestesici, restringimento del campo visivo, difficoltà di udito. Nel campo motorio si osserva l'aumento dei riflessi tendinei, manifestazioni paralitiche di vario genere, lentezza e incertezza nei movimenti, disturbi della deambulazione e della parola, aumento della tensione muscolare, tremori più o meno accentuati. Inoltre si osservano spesso contrazioni muscolari fibrillari, specialmente dopo fatiche, sotto l'influenza del freddo o dopo forti eccitazioni fa-

radiche. In seguito a vivaci movimenti muscolari, dopo eccitamenti emotivi o con la pressione su punti dolorosi, il polso si accelera e, più di rado anche la respirazione; talvolta si manifestano deliqui e anche tipici attacchi epilettiformi. Tutti questi sintomi per le loro manifestazioni che insorgono senza regola si distinguono completamente dai sintomi delle malattie organiche cerebrali e midollari e tradiscono il loro modo di origine psichica per la sede, la estensione, il mutevole contegno e la influenza su di essi dell'eccitamento emotivo. Nel 30 % dei casi è stata osservata glicosuria alimentare. FRIEDMANN ha inoltre messo in evidenza la minore capacità di resistenza degli infermi contro le fatiche, l'alcool, le emozioni, la galvanizzazione del capo e la compressione della carotide. Solo in vari casi e solamente in seguito a vere lesioni del capo vengono riscontrati disturbi che indicano con sicurezza un fondamento organico, quali la rigidità pupillare riflessa e l'atrofia dei nervi ottici.

I casi più lievi della nevrosi da spavento che direttamente si confondono con lo stato emotivo naturale dopo avvenimenti eccitanti si possono rapidamente riparare. Esistono però molti casi a decorso lentissimo e a prognosi sfavorevole. Vero è che anche dopo mesi e anni dalla malattia può avvenire la guarigione o per lo meno un accentuato miglioramento; tuttavia può manifestarsi uno stato di infermità lentamente progressivo che spesso si trova associato ad ipertrofia cardiaca e arterio-sclerosi. Questi infermi presentano allora il quadro della senilità precoce.

La spiegazione di questo quadro morboso ha dato occasione a discussioni estese e ancora attualmente non terminate. Mentre WESTPHAL e i suoi allievi mettendo in evidenza gli occasionali reperti obbiettivi riferivano questo quadro a lente alterazioni organiche del sistema nervoso centrale, CHARCOT collocava tutti questi casi nell'isteria. Però si è detto a ragione che il concetto della nevrosi isterica diviene, a causa di questa grande estensione, molto più indistinto e più oscuro di quello che non sia attualmente. In seguito CHARCOT ha rassomigliato la nevrosi da spavento agli stati ipnotici, dicendo che per la violenta commozione della coscienza provocata dallo spavento, tutto il quadro morboso origina da una autosuggestione che in seguito diviene fissa. D'altra parte OPPENHEIM ha abbandonato l'idea di una base organica all'infuori di certi casi eccezionali. Attualmente è riconosciuto da tutti il *modo di origine* essenzialmente psichico della malattia.

Per questo modo di vedere parla sopratutto il fatto che la nevrosi si sviluppa molto spesso anche quando non si è subita alcuna vera

lesione, quando per esempio la disgrazia si potè impedire nel momento più pericoloso. In altri casi le lesioni sono lievissime e non è colpito il capo, ma una parte qualunque poco importante del corpo. Per lo più allora i disturbi hanno la loro sede proprio nelle parti colpite e quindi si è anche parlato di una nevrosi traumatica « locale ». Così un giovane che durante un incendio era saltato dalla finestra, dopo molti anni presentò ancora paralisi e insensibilità in tutta la parte sulla quale era caduto. Naturalmente anche in questi casi non si può parlare di una sede circoscritta della malattia. Il vero fondamento di questa rimane sempre in una impressione generale psichica originata dalla impressione emotiva. Per l'essenza della malattia è cosa secondaria il punto del corpo sul quale la immaginazione eccitata riferisce i disturbi, come è d'importanza secondaria lo speciale contenuto delle rappresentazioni ipocondriache di un paralitico.

Tuttavia in questi ultimi tempi si è messo sempre più in dubbio se l'eccitamento emotivo in seguito all'accidente stesso debba essere riguardato come causa essenziale della malattia. Molto frequentemente tra l'accidente e l'insorgenza delle manifestazioni morbose caratteristiche decorrono diverse settimane e anche mesi durante i quali il traumatizzato si sente relativamente bene. Ma poi la nevrosi, per l'influenza della legge sulla assicurazione contro gli infortuni, non solamente aumenta con rapidità, ma decorre nel modo più sfavorevole. Senza dubbio i descritti disturbi si manifestano anche senza alcun rapporto con la leggo sulla assicurazione, ma allora sembra che questi possano essere più facilmente e più rapidamente vinti. Queste osservazioni rilevate da molti autori, dimostrano che nelle nostre stesse leggi si hanno da ricercare le influenze nocive che impediscono il rapido risanamento della scossa emotiva in seguito agli infortuni. Infatti effetti dannosi si dovrebbero ricercare nella *lotta* per l'indennità. anche perchè queste lotte sono combattute da malati la cui capacità di resistenza è indubbiamente diminuita. Alla agitazione dovuta all'infortunio, ai dolori, al pensiero per l'avvenire, si unisce il desiderio di ottenere una indennità per quanto più è possibile elevata, il desiderio di esagerare, di rimanere inattivo per più lungo tempo possibile; inoltre si debbono aggiungere le influenze dell'ambiente, la diffidenza per le società di assicurazioni e per i medici, l'incertezza dell'esito finale, spesso anche la opprimente miseria nel periodo che interviene fino alla decisione. Questi sono forse i fatti da considerare in prima linea, che non danno pace al malato, che gli impediscono di fare un vigoroso sforzo volitivo per vincere i suoi disturbi, che lo fanno spesso divenire

di continuo irritato e di umore depresso e aiutano così essenzialmente il decorso lento e sfavorevole della malattia.

Appunto lo sviluppo psichico della nevrosi da spavento ha fatto si che si è collocata senz'altro tra le forme isteriche. Però sarà forse utile ricordare che certe considerazioni cliniche parlano per una distinzione a parte della nevrosi da spavento. Innanzi tutto si affaccia la questione se si abbia a fare in complesso con una unica malattia. Spesso si è accennato che in seguito ad infortuni possono originarsi disturbi multiformi che perciò si dovranno distinguere dagli stati isterici, nevrastenici, ipocondriaci, malinconici e simili. Ciò è certamente giusto, e se pure non vogliamo arrivare sino al punto, come fanno alcuni, di riferire ogni disturbo mentale ad uno spavento, è però vero che una violenta commozione può in un caso determinare una malinconia, un altra volta un disturbo isterico, o anche le manifestazioni più diverse della pazzia degenerativa.

Da ciò risulta che l'azione dello spavento è determinata essenzialmente dalla caratteristica predisposizione personale nella quale anche l'abuso di alcool deve avere una certa influenza preparatoria. Così vediamo in seguito a grandi disgrazie ammalare di nevrosi da spavento non tutti quelli che sono andati soggetti alla disgrazia, ma solo alcune persone. SÄNGER riscontrò che di 15 soldati gravemente feriti in uno scontro ferroviario uno solo presentò sintomi nevrastenici, mentre in un altro caso, in seguito ad un deviamento ferroviario, su 13 feriti, 6 presentarono distinti sintomi psichici. EINSTEIN afferma che su 5000 infortuni sul lavoro il 7 per 1000 si ammala. Noi riscontriamo la stessa influenza della predisposizione morbosa, anche in altri quadri che apparentemente sono dovuti ad una stessa causa esteriore.

Una sicura *delimitazione* del quadro morboso della nevrosi da spavento è su queste basi molto difficile e forse anche impossibile. Al contrario della vera isteria io credo che bisogna prendere in considerazione specialmente l'uniformità dei sintomi nosografici nei singoli casi. A questi infermi manca completamente il mutarsi a scatti delle manifestazioni, l'umore capriccioso, il facile mutamento di umore, lo spirito intraprendente degli isterici; invece il quadro morboso viene dominato continuamente da un umore pronunciatamente triste e dal senso di incapacità. Vero è che nell'isteria maschile noi riscontriamo spesso una simile uniformità. Inoltre gli infermi di nevrosi da spavento non sono neppur lontanamente così influenzabili come gli isterici, neppure transitoriamente; essi ricordano a questo riguardo certe forme di isteria con isolate autosuggestioni molto profondamente fissate. Inoltre riscon-

triamo i caratteristici stati crepuscolari e gli accessi convulsivi solo in casi eccezionali, e non veramente tipici. Piuttosto si potrà parlare in tali casi di una forma speciale dell'isteria, che secondo la causa e il contegno clinico è caratterizzata dall'insorgere coatto di una determinata autosuggestione.

Con le diverse forme della pazzia degenerativa noi riscontriamo molti punti di contatto; per la differenziazione si deve considerare specialmente l'insorgere repentino in sèguito ad un infortunio e il decorso che è tuttavia favorevole. Talvolta è stata fatta la ipotesi, nel considerare questi stati morbosi, che a causa di commozione siano potuti avvenire fine alterazioni della corteccia cerebrale. In tali casi naturalmente non si può più parlare di un modo di origine psichico, nè di una parentela con l'isteria. Gli esperimenti sugli animali hanno dimostrato che traumi al capo, anche senza produrre gravi ferite, possono determinare alterazioni delle cellule nervose; da alcuni autori, a causa di disturbi vaso-motori che si hanno in questi infermi, si è pensato specialmente a fini alterazioni vascolari. La tendenza alle lesioni arterio-sclerotiche si deve forse riferire, come nella psicosi maniaco-depressiva, ad eccitamenti emotivi prolungati e uniformi. Anche attualmente noi non siamo in grado di rispondere con sicurezza a queste domande, tuttavia nella grandissima maggioranza dei casi si dovrà pensare ad un modo di origine psichico dei sintomi morbosi. La pazzia in seguito a traumi al capo si potrà distinguere dai quadri morbosi di origine puramente psichica per i segni di una grave commozione cerebrale, per la confusione, il disorientamento, per l'insorgere di paralisi d'origine cerebrale, per gli attacchi epilettici, per i disturbi afasici, e specialmonte per la presenza di una debolezza psichica più o meno accentuata. È però spesso possibile che in certi casi si possano talvolta mescolare i due gruppi di disturbi.

Non raramente la diagnosi molto comoda di « nevrosi traumatica » è causa che il medico non si accorga di importanti segni morbosi. Specialmente la paralisi progressiva iniziale viene talvolta scambiata con questa nevrosi. Così io tenni in cura un infermo che presentava disturbi creduti per lunghi mesi in rapporto causale con una caduta fatta sul dorso, finchè potei dimostrare innanzi al tribunale degli arbitri che in questo caso la « nevrosi » traumatica non si era andata gradatamente trasformando, come si era supposto, in « psicosi », ma che si trattava semplicemente dello sviluppo di una paralisi progressiva che non aveva alcun rapporto con l'accidente per se stesso poco importante.

Le maggiori diversità di opinione si hanno relativamente alla frequenza e alla dimostrazione della simulazione; tale questione ha ri-

guardo alla legge sugli infortuni una grandissima importanza pratica. Sfortunatamente, come del resto è naturale, tutti i segni « obbiettivi » della malattia, finora enumerati, cioè il restringimento del campo visivo, l'acceleramento del polso, la dilatazione delle pupille e l'aumento della pressione sanguigna in séguito a stimoli delle regioni iperestesiche, la « reazione muscolare traumatica », la diminuzione della eccitabilità galvanica, l'aumento dei riflessi, si sono dimostrati in pratica poco importanti per la sicura prova dell'esistenza della malattia psichica. Io credo però che il pericolo che possano essere ingannati medici veramente esperti, sia stato molto esagerato. Tutti gli osservatori diligenti concordano sempre più nella opinione che sia molto frequente l'esagerazione di alcuni fenomeni morbosi, ma che sia molto rara invece una completa simulazione del quadro morboso. Anche nella semplice isteria noi vediamo abbastanza frequentemente la tendenza alla esagerazione e alla invenzione di strani sintomi. In questi casi, come in quelli di nevrosi traumatica, tutte le regole speciali per smascherare i simulatori non hanno quasi alcun valore; la cosa migliore è in tutti i casi vedere se il *completo quadro* clinico sia conforme ad una delle già note forme di manifestazione della predisposizione morbosa. Sfortunatamente però è ancora troppo ristretta la conoscenza dei quadri morbosi psichici per moltissimi medici.

Se si vuole però seguire uno speciale procedimento sperimentale che ci darà una spiegazione veramente sicura della esistenza o della mancanza dei disturbi dichiarati dall'infermo, si dovrà sempre e solamente seguire l'esperimento psicologico, perchè tutto il quadro morboso si racchiude in una forma psichica; l'esame nevrologico non può da solo condurre allo scopo. Io perciò da molti anni cerco di compiere su questi infermi esperienze di semplici misure, specialmente della capacità psichica e della stancabilità. La diminuzione della prima e l'aumento della seconda sono i segni fondamentali della maggior parte dei fenomeni morbosi che appartengono a questi casi. Di tutti i mezzi di cui disponiamo per tali misure, nessuno è riuscito ancora così bene come la continua esecuzione per iscritto di calcoli semplici, adatta senz'altro ai problemi della vita quotidiana. Se dopo brevi intervalli, p. e. dopo ogni minuto, si fa un segno con un campanello, si può esaminare il calcolo del lavoro compiuto in ogni periodo e nello stesso tempo la giustezza di esso; tutto ciò dà una misura molto semplice del lavoro compiuto. Tali esperienze sono state eseguite per mio consiglio già da molti anni, prima da Gross, poi da Röder e recentemente di nuovo da Specht. Poichè noi possediamo osservazioni molto estese

riguardo alla accelerazione del calcolo dei normali e riguardo alle modificazioni di questo in varie condizioni, la determinazione di quello che poteva esser chiamato morboso non offre alcuna difficoltà. Vero è che era molto facile pensare in questi casi ancho alla sorgente della simulazione intenzionale. Chi però ha fatto esperienze osserva ben presto che è molto difficile formarsi un giudizio sulla propria rapidità al calcolo in momenti diversi, quindi è molto difficile provocare a volontà determinati mutamenti di essa. Inoltre si deve aggiungere che anche in una morbosa diminuzione della capacità al lavoro psichico, come si può determinare sopratutto in casi non dubbi, alcune leggi regolano l'aumento e la perdita dell'esercizio e il presentare senza contraddizioni tali fatti sarebbe addirittura impossibile nella simulazione volontaria. Noi abbiamo fatto anche compiere esperimenti facendo simulare volontariamente la diminuzione della capacità al lavoro psichico e l'aumento della stancabilità da soggetti che conoscevano, nel modo più intimo, tutti i dettagli delle leggi che regolano simili esperimenti, e risultarono deviazioni che sorpassarono dal doppio fino al quintuplo le vere alterazioni morbose e quindi erano riconosciute senz'altro come falsificazioni.

Il procedimento fu ancor meglio perfezionato introducendo esperimenti a pause. Se in giorni successivi si fa fare l'addizione di numeri semplici la prima volta per 10 minuti, un'altra volta con una pausa di 5 minuti, allora il confronto tra i due giorni ci dimostra quale e l'effetto della pausa nel lavoro, che specialmente consiste in un parziale pareggiamento degli effetti di stanchezza. Quanto più e favorevole l'effetto della pausa, tanto maggiore è il grado della stanchezza prima raggiunto. Quindi noi possediamo nella differenza dei valori medii in una serie di tali esporimenti, un mezzo comodo per misurare presso a poco la estensione della esauribilità. Oltre a ciò questa disposizione dell'esperimento ci permette con maggior sicurezza di scoprire ogni intenzionale simulazione, perchè questa si manifesta senza fallo con grossolane sproporzioni dei diversi valori confrontabili. Nessuno è capace di presentare in tali esperienze numeri volontariamente simulati che diano in tutti i dettagli un quadro senza contraddizioni.

I risultati avuti fino ad ora con queste misure che si possono eseguire senza molta fatica, hanno dimostrato che nella nevrosi da spavento esiste di solito una considerevole diminuzione della capacità al lavoro psichico e un morboso aumento della stancabilità, mentre la capacità all'esercizio non si mostra molto lesa. Il grado del disturbo si può riconoscere con facilità con il confronto con i numeri normali.

Non v'ha dubbio che simili esperimenti, come già in parte e stato fatto, si possano appropriare a numerosi altri campi della vita psichica p. e., alla capacità di percezione, alla capacità di fissazionè, alla distraibilità, ma specialmente alla capacità al lavoro psico-motorio e alla esauribilità. Disponendo in modo adatto le esperienze si potranno ottenere in ogni caso risultati che fanno súbito riconoscere tutte le aggiunte di volute falsificazioni, anche quando gli infermi sanno molto bene ciò che preme piu di mettere in evidenza a chi esperimenta.

Il *trattamento* della nevrosi da spavento dovrebbe sopratutto limitarsi ed abbreviare la lotta per avere le indennita. Non raramente si è visto che con la concessione di queste la malattia miglioró rapidamente, esperienza questa che naturalmente non bisogna fare se si suppone una simulazione. Jolly ha raccomandato di cercare nella maggiore possibile estensione e nel più breve tempo possibile di transigere con i traumatizzati dando l'indennità, perchè gli infermi sorpassano specialmente il primo tempo gravoso senza pensieri opprimenti e in seguito non pensano alla causa legale e quindi non hanno più interesse di conservare il loro bisogno di aiuto. Il mezzo più importante di guarigione in tutti questi casi è certamente il distogliere l'infermo dalla lotta per conseguire l'indennità Si è quindi veduto che nei casi nei quali è imperiosa all'infermo la neccessità di continuare il lavoro, le conseguenze dell'accidente sono vinte relativamente presto. Forse oltre alle misure legislative suddette, anche i Sanatorii per i nervosi, con la loro educazione al lavoro, saranno specialmente indicati per combattere la debolezza volitiva o lo scoraggiamento di questi infermi. Del resto si sa anche che si possono ottenere buoni risultati con tutti i rimedi fortificanti o calmanti. Quindi sono da prescrivere i bagni, il massaggio, la ginnastica, le cure elettriche, la suggestione ipnotica, i sali di bromo, i preparati ferruginosi, le cure nutritive e di aria libera.

C. — *La nevrosi da « attesa ansiosa ».*

Sotto questa nuova denominazione io intendo designare un gruppo di disturbi nervosi che si sviluppano sul fondamento comuno di una *attesa ansiosa.* Già dall'osservazione negli individui normali è ben noto che l'attesa di un evento produce una tensione interna sempre crescente, che talvolta si esprime con certe percezioni ingannevoli, d'altra parte però anche con diversi impulsi al movimento. Se l'evento atteso è sgradevole, allora i presentimenti possono divenire molto tormentosi e anche dolorosi. Nello stesso tempo la sicurezza della condotta viene colpita in modo molto sensibile.

Un quadro molto simile, solo aumentato morbosamente e sfigurato, presenta la « nevrosi da attesa ». Lo sviluppo della malattia in questi casi avviene in modo che i disturbi penosi non si manifestano in una sola speciale occasione, ma sono collegati ad avvenimenti che ogni giorno si ripresentano. Perciò si origina un'ansia sempre aumentante di attesa, che cresce fino a gradi enormi e che può dominare tutta la condotta della vita in modo rilevantissimo.

Le occasioni nelle quali si presenta l'ansia dell'attesa sono di solito atti funzionali che nel normale si verificano senza uno speciale aiuto della attività psichica cosciente, ma che invece sogliono decorrere meccanicamente, quali il camminare, lo stare in piedi, l'inghiottire, l'addormentarsi, il leggere, lo scrivere. Dapprincipio l'attesa ansiosa sembra si sviluppi sempre in seguito a disturbi veri, benchè insignificanti e transitori, a fenomeni di abbarbagliamento e di stanchezza della vista, a lieve sovraffaticamento, a senso di debolezza dopo lunghissime passeggiate, a dolori in seguito a lacerazioni di fibre muscolari, a difficoltà di qualunque natura in speciali occasioni. In una signora i disturbi oculari erano conseguenza di una presbiopia; in un'altra l'incapacità a camminare s'iniziò dopo una cura per ingrassare in seguito a lungo riposo in letto. Oppure è una maggiore difficoltà nell'addormentarsi dopo un periodo di eccitazione emotiva, o il balbettare, dopo un avvenimento che ha prodotto forte impressione. Non raramente il punto di partenza è dato da una malattia fisica. Così la difficoltà nell'inghiottire che si ha spesso in seguito ad angina; una debolezza in un braccio dopo un leggero reumatismo, dolori in un fianco dopo una caduta, l'incapacità spastica a scrivere dopo una distrazione muscolare. In questi casi è certamente giusta la spiegazione di Möbius, che cioè il disturbo esiste nel ricordo della malattia.

I disturbi stessi non consistono in un vero senso di ansia, ma corrispondono a ciò che si osserva nello stato di attesa nei soggetti normali; in uno sgradevole senso che aumenta gradatamente fino al dispiacere più vivo e anche in un dolore sempre più forte, finchè viene impedita qualunque azione possibile in causa di sopravveniente debolezza paralitiforme o di movimenti concomitanti convulsivi. Il primo fatto sopravviene specialmente nel momento della attesa, l'ultimo sopratutto per successivo esaurimento volitivo, ma ambedue le serie dei disturbi si collegano spesso l'una all'altra. L'inizio si mostra di regola per cause molto lievi, per l'ingestione di certi cibi, per fare delle salite, per leggere alla viva luce del sole, per addormentarsi in un luogo sconosciuto. Io ho avuto in osservazione una fanciulla che presentava

solamente la mattina appena levata un impedimento nella deambulazione, e Löwenfeld riferisce un caso nel quale il disturbo della deambulazione compariva solamente quando il soggetto usciva in istrada, mentre mancava in casa. A poco a poco però il disturbo può estendersi talmente da impedire alla fine completamente il decorso di determinati processi psichici. Io ho conosciuto una signora che dapprima non poteva dormire se il giorno successivo doveva compiere qualche cosa di speciale, come andare in società, compiere una escursione, ecc. Successivamente era sufficiente ogni piccola futilità per indurla in uno stato di eccitazione per la quale era privata completamente del sonno.

Il quadro clinico dello stato morboso è molto svariato. Nel leggere, le lettere scompaiono dinanzi agli occhi; si manifestano scintillii, senso di calore, di tensione, paura della luce, dolori che si estendono rapidamente alla fronte e successivamente a tutto il capo, in modo che l'infermo è costretto a smettere di leggere. Simili disturbi possono manifestarsi anche nel campo dell'udito, come crescente ipersensibilità, senso di pressione nell'orecchio, rumori subiettivi, dolori irradianti. Nello scrivere si manifesta per poche parole una rigidità spastica delle dita con tendenza a movimenti inadeguati, inopportuni, oppure a completo rifiuto dei muscoli della mano, manifestazioni che non vengono prodotte come nell'ordinario crampo degli scrivani da vera stanchezza, nè si modificano col cambiamento di posizione della mano per tenere la penna. Spesso la deglutizione si rende impossibile per colpi di tosse o più spesso per un senso convulsivo di strozzamento e di serramento; io ho visto una signora che per molti anni visse solamente di scarso nutrimento liquido, perchè ogni qualvolta inghiottiva cibo solido si determinava un gravissimo senso di stringimento alla gola. La deambulazione viene impedita da debolezza paralitiforme alle gambe, in altri casi da dolori che insorgono e crescono rapidamente, oppure da senso di tensione alle gambe, dal facile inciampare, da poca sicurezza nel cammino; il sonno è impedito da una irrequietezza lentamente crescente, da senso di tremolio e di stiramento delle membra, da cardiopalmo, da sudore profuso. L'infermo cerca per lunghe ore di trovare riposo, invece si agita sempre più, si alza, cammina su e giù, si calma un po' con la lettura o con un qualunque medicamento e giunge infine ad addormentarsi per alcune ore o passa invece ancora più ore tormentose attendendo il sonno. Anche alcune forme di balbuzie rientrano in questo quadro. Anche il lato sessuale sembra che sia un terreno favorevole per lo sviluppo di questa nevrosi. Almeno io tendo a collocare alcuni casi di impotenza psichica, determinati da occasionali

insuccessi e compresi per lo più come « neurastenia sessuale », nel quadro qui descritto, il quale del resto rassomiglia molto all'andamento di questa.

È proprio il colorito nervoso dei disturbi psicogeni che non lascia riconoscere quasi sempre la loro vera origine. Gli infermi riferiscono i loro disturbi a serie malattie di organi sensoriali, dei muscoli, del cervello, dei nervi, dell'apparecchio respiratorio; perciò divengono sempre più paurosi, cominciano ad usarsi dei riguardi e perdono sempre più la fiducia in sè stessi. Gli atti ai quali si unisce l'attesa del disturbo occupano estesamente l'attenzione del soggetto. Perciò l'andamento di questi disturbi si rende sempre più grave, come del resto insegna anche la giornaliera osservazione dei normali. Così si sviluppa un circolo vizioso tra attesa tormentosa e impedimento psichico, che porta sempre nuovo materiale ad ambedue e rende quasi impossibile all'infermo il senso di autoliberazione. In tal modo possono manifestarsi i più gravi impedimenti coll'esercizio degli atti comuni della vita. La crescente ipersensibilità visiva porta gradatamente a ritirarsi sistematicamente dalla luce. Gli infermi si arrischiano ad uscire solamente quando sono giornate piovose, o al crepuscolo, e infine non escono più. Möbius ha riferito l'autobiografia molto istruttiva di Fechner, il quale passava lungo tempo in una camera scura, andava all'aria aperta solo con occhi bendati, e non si occupava più che di piccoli lavori manuali. Una signora da me osservata lasciò la pittura che le dava molto piacere, cominciò a portare ombrelli verdi e occhiali neri, leggeva con le spalle rivolte alla lampada e infine non si arrischiò più a leggere. L'impedimento della deambulazione e della stazione eretta a causa di dolori rapidamente estendentisi conduce al quadro morboso della *acinesia algera* (1), descritto minutamente da Möbius, il quale quadro io credo sia il più perfetto della nevrosi da attesa. Gli infermi limitano sempre più i loro movimenti, infine rimangono per lunghi anni senza muoversi dal letto, perchè ogni prova, ogni tentativo di movimento attivo e anche passivo produce subito dolori violenti e durevoli negli infermi, che nel completo riposo non sentono. Di solito i movimenti del capo e la parola rimangono sempre possibili.

In corrispondenza al legame originario di tutta la malattia con certi fatti sgradevoli, la nevrosi da attesa concerne per solito un solo campo di processi psichici, e rimane limitata sempre a quello stesso

(1) Möbius, *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde*, *I*, 121; *II*, 436.

campo, e malgrado la sua influenza sempre crescente sulla vita psichica mostra poca tendenza a passare ad altri campi. Solo in casi molto gravi a lungo sviluppo si riscontrano accanto al disturbo predominante altre manifestazioni. Gli infermi rimangono sempre lucidi, coscienti, ordinati, non mostrano oscillazioni eccessive nel tono sentimentale, sopportano la grave malattia che essi credono puramente somatica, con meravigliosa rassegnazione. Di questo quadro morboso non fanno mai parte sintomi isterici, stigmate, convulsioni, stati crepuscolari.

Il *decorso* della malattia è in generale assai lento e progressivo; sono frequenti molte piccole oscillazioni. Di solito i tentativi compiuti dagli infermi di propria volontà o sotto l'altrui pressione per vincere l'impedimento producono un considerevole peggioramento, per quanto vengano tentati con precauzione. In un infermo di Erb che per 14 anni rimase in posizione orizzontale, il tentativo di sollevarsi gradatamente, mettendo ogni giorno sotto il tronco un nuovo strato di cartone, riuscì sempre fino ad un determinato limite, poi i dolori ricominciavano con estrema violenza L'infermo tentando di dominare la malattia si accorge che « ha fatto troppo bene », che si è affaticato troppo, e allora diviene più cauto. Tutti i tentativi di cura, durante i quali suole associarsi ogni specie di medicamenti, hanno solamente un effetto transitorio, per lo più nessun effetto, oppure effetto di peggioramento, finchè infine l'infermo scoraggiato si rassegna alla malattia e la sopporta da martire.

Un esito così sfavorevole però si ha solamente in casi eccezionali. Un gran numero di queste malattie guariscono spontaneamente, dimodochè gli infermi per una qualsiasi esperienza ben riuscita riacquistano gradatamente la fiducia in sè, spesso ciò è dovuto ad un medico intelligente; e talvolta anche contro le cure del medico, in breve l'infermo guarisce per una influenza che mitighi la sua ansia e li renda di nuovo padroni della perduta capacità per mezzo di un esercizio sistematico e della abitudine. Anche l'autorieducazione, come insegna l'esempio di Fechner, può condurre alla guarigione. Questi fece un giorno l'osservazione che i suoi occhi sopportavano per un po' di tempo sufficientemente bene la luce se la guardava non « con paura e ansietà », ma « con una certa disperata energia e con tensione »; così egli stesso trovò la via di uscita per liberarsi dalla sua penosa condizione.

Le forme più leggere di questa nevrosi sono senza dubbio molto frequenti e di solito sono collocate tra quadri morbosi molto differenti. Il loro fondamento nella vita normale è il timore ansioso di ripetere

un esperimento fallito, la perdita della fiducia in sè avendo la percezione della propria debolezza. Durante la convalescenza dopo malattie fisiche, si vede spesso persistere il senso della incertezza e un certo bisogno di riguardo quando i disturbi stessi sono completamente cessati. In soggetti normali questi accessi si vincono facilmente trascurandoli. Negli infermi invece gli impedimenti psichici crescono apparentemente più che non il senso del sollievo, per mezzo dell'esercizio e della abitudine.

Le cause generali di questa nevrosi si debbono ricercare senza dubbio in una speciale elaborazione degli stimoli abituali della vita sulla base della *predisposizione psicopatica*. Infatti si tratta per lo più di soggetti provenienti da famiglie con tabe ereditaria. Io ho potuto notare che questi soggetti presentavano un'indole un po' ansiosa, incerta e apparentemente erano assai eccitabili nel campo emotivo.

Se quindi non è difficile giungere a comprendere, dal punto di vista psicologico generale, i processi che avvengono in queste forme morbose, pure si può rimanere in dubbio quando si tratti di dare a questa nevrosi un posto speciale. Nelle forme più leggere della malattia si suole per lo più parlare di « nervosità » o anche di « nevrastenia » Janet descrive numerosi casi che appartengono a questa forma quali manifestazioni della « Psicastenia »; io credo invece di dover mettere in evidenza che non vi ha bisogno che gli infermi presentino altri disturbi nervosi, e che il porli in rapporto di collegamento dei disturbi con determinati atti ed esperienze della vita, come pure l'uniformità del loro successivo sviluppo, dovrebbe far collocare tali casi in un posto speciale di fronte alle altre manifestazioni della predisposizione nervosa. Inoltre non si può parlare affatto di esaurimento nervoso. Anche se la nevrosi ha il suo punto di partenza da una malattia fisica, non si riesce affatto a modificarla col semplice miglioramento od anche con la guarigione di questa, ma invece si può influire favorevolmente combattendo la paura dell'attesa e cercando di fortificare la fiducia in sè stessi.

Analoghi punti di vista possono valere per la diagnosi differenziale dell'isteria. Comune alle due forme è il modo di origine psicogeno; solo nell'isteria esiste la tendenza generale all'influenza incosciente sui processi somatici degli eccitamenti emotivi; nella nevrosi da attesa invece la radice della malattia sta solo in una certa pusillanimità e incertezza che toglie agli infermi la capacità di resistenza di fronte a fatti somatici da cui si credono minacciati. Quindi nel caso dell'isteria vediamo molto spesso i disturbi passare da un territorio ad un altro,

mentre nella forma morbosa da noi descritta si sviluppa un quadro morboso uniforme, logicamente progressivo. Inoltre mancano completamente, come già si è detto, i noti sintomi concomitanti dell'isteria. Specialmente frequente sembra che sia questa nevrosi nei bambini. Quei casi di « isteria » infantile nei quali si presentano impedimenti di alcuni atti funzionali per dolori, per senso di debolezza, tensione, incertezza, disturbi convulsivi, potrebbero in generale appartenere al quadro qui descritto; ciò è dimostrato anche dalla loro influenzabilità ad una cura suggestiva e dalla mancanza di ricadute, o infine dalla assenza di sintomi isterici d'altro genere, cioè dalla delimitazione « monosintomatica ».

Presumibilmente la nevrosi da attesa si trova in stretta relazione con le cosidette « fobie »; forse esistono addirittura forme di passaggio tra i due quadri morbosi. Però queste ultime si basano regolarmente sopra timori di natura *più generale;* invece nelle forme che stiamo trattando il punto di partenza della malattia è formato da *determinate esperienze personali.* Nelle fobie i timori si estendono molto spesso in varie direzioni che talvolta cambiano, mentre la nevrosi da attesa è accentuatamente unilaterale ed ha sempre un contenuto ipocondriaco che riguarda i processi del proprio organismo. Inoltre nelle fobie si hanno veri stati ansiosi che sono di ostacolo al malato e gli fanno fare azioni protettive; nella nevrosi da attesa invece l'infermo non comprende l'origine ansiosa dei suoi disturbi. Questi si manifestano all'infermo come dolori, debolezze, senso di tensione, atassia, in breve come puri disturbi nervosi. La loro natura e il loro modo di origine debbono essere quindi diversi. Infine noi riscontriamo di solito nelle fobie un decorso molto oscillante, e non tanto spesso un decorso così regolarmente progressivo come nelle forme più gravi della nevrosi da attesa. Inoltre non è facile ottenere nel primo caso quelle rapide e definitive guarigioni che si possono ottenere così spesso nel secondo.

La suddescritta malattia ha anche molti punti di contatto con la nevrosi da spavento. In questa però la causa, di solito, è dovuta ad una unica violenta emozione, e non all'azione gradatamente aumentante di piccole azioni spiacevoli Si comprende che per ciò i disturbi sogliono svilupparsi molto più lentamente che nella nevrosi da spavento; sopratutto non si hanno affatto le manifestazioni morbose durevoli che tengono il primo posto nel quadro della nevrosi da spavento, quali la depressione, l'aumento generale della stancabilità somatica e psichica, l'eccitabilità del cuore, l'irritabilità emotiva. I disturbi invece si mantengono più o meno distintamente nei limiti che furono una volta rag-

giunti. Quindi sono in maggior grado e molto più rapidamente accessibili alla cura psichica di quel che non avvenga nella nevrosi da spavento.

Io credo che quest'ultimo fatto sia di grande importanza per la comprensione della nevrosi da attesa. Molti infermi risanano senza alcuna cura, oppure riacquistano la fede in se stessi sotto l'influenza di un trattamento qualsiasi, o per le parole convincenti di una persona che inspiri fiducia, e riacquistano così anche la forza di vincere la loro malattia. Esistono però numerosi casi nei quali i primi insuccessi della cura fanno perdere completamente agli infermi la speranza della guarigione. Gli infermi cominceranno forse altre cure nuove, ma hanno l'intimo timore che sia impossibile avere buoni risultati, e tale attesa della guarigione a cui non si crede aumenta la malattia. In un certo numero di casi simili, apparentemente disperati e che erano stati trattati da altri medici in mille guise, ho visto che con un semplice trattamento ipnotico si ebbe la guarigione permanente con una prontezza e con una sicurezza veramente sorprendente. Anche nei casi nei quali la malattia esisteva da lunghi anni fu possibile una perfetta guarigione che già da più di un decennio non ha avuto ricadute. Vero è che l'ipnosi non è sempre facile a prodursi in tali casi: invece vi ha bisogno del perfetto predominio dell'infermo da parte del medico, perchè il malato acquisti la fiducia che solamente lo può aiutare nelle sue sofferenze. Nei casi che si presentano molto ostinati si deve innanzi tutto e per un tempo sufficentemente lungo usare di suggestioni generiche per calmare l'infermo, per non rischiare di fallire completamente coll'insuccesso di una ipnosi prematura. Con tale procedimento io sono giunto quasi sempre allo scopo, specialmente nei bambini, in una o due sedute, però solamente dopo aver provato più volte pazientemente. In qualche raro caso l'ipnosi non si ottiene. In tali casi, talvolta con sistematiche suggestioni in stato di veglia si può riuscire a qualche effetto, ma naturalmente l'influenza di queste suggestioni non è neanche lontanamente così efficace come quella dell'ipnosi. Se anche questa cura non è possibile, allora la malattia può divenire incurabile.

XIII

Gli stati psicopatici originarii.

Mentre già nelle nevrosi psicogene abbiamo veduto che l'importanza delle cause nocive esterne era minore di quella della predisposizione morbosa, nel campo nel quale ora entriamo noi vediamo come i sintomi si presentino ancor più distintamente come semplice conseguenza della caratteristica condizione psicopatica originaria. In ogni caso si riscontra una *continua, morbosa elaborazione degli stimoli abituali della vita,* insieme a incongruenza nel pensare, nel sentire e nel volere per tutta la vita. In ciò sta la caratteristica della *degenerazione.* Quindi noi siamo autorizzati a riunire questi stati morbosi sotto il nome speciale di « pazzia degenerativa ». In senso più lato appartengono a questa anche alcune forme morbose già descritte, in quanto la predisposizione morbosa vi ha una parte principale, specialmente l'isteria e la psicosi maniaco-depressiva; inoltre quelle forme morbose che sono sui confini della psicopatologia, che noi studieremo in seguito quando prenderemo in considerazione la personalità morbosa.

La forma più manifesta della degenerazione psicopatica dal punto di vista generale, può essere considerata quella nella quale esistono piccole imperfezioni nella predisposizione personale, e che si presenta con numerose sfumature, a cui noi diamo comunemente il nome di « *nervosità.* » Essa è il terreno sul quale si sviluppano di solito le forme cliniche più pronunciate della pazzia degenerativa. Ma un opportuno aggruppamento di queste è difficilissimo, perchè come ben si comprende, incontriamo quadri mescolantisi l'un con l'altro e graduali passaggi da una forma ad un'altra. Tuttavia sarà necessario, per esser chiari, distinguere certe forme principali. Allo stato odierno delle nostre conoscenze si possono distinguere quali forme caratteristiche degli stati morbosi originarii, lo *stato di depressione costituzionale,* lo *stato di eccitazione costituzionale,* la *pazzia coatta,* la *pazzia impulsiva* e le *aberrazioni sessuali.*

A. — *La nervosità.*

Il nome di *nervosità* (1) serve ad indicare tutta una serie di stati morbosi orginarii molto diversi, dei quali deve essere considerata come caratteristica comune la *diminuzione della capacità di resistenza contro le cause nocive della vita.* A ciò inoltre si unisce una *disarmonia nella formazione della personalità psichica.* Infatti in alcuni campi si riscontrano eminenti qualità vicino a gravissime imperfezioni, e così ha origine il carattere disarmonico, contradittorio, il pensare, il sentire e l'agire a scatti, che danno l'impronta caratteristica alle persone nervose.

L'intelligenza può essere elevata, anzi talvolta nei « dégénérés supérieurs » più della norma, però molto spesso non raggiunge neppure la media. Relativamente più frequente si incontra una predisposizione all'oratoria, alla poesia e in generale all'arte, mentre la disposizione per le matematiche e per le scienze naturali sarebbe nei nervosi meno profondamente sviluppata. Frequentemente alcune capacità molto circoscritte sono sviluppate in modo speciale; senso della forma, memoria per i colori, per le cifre, ecc.; oppure tutto l'indirizzo dello sviluppo psichico è estremamente limitato, così si ha spesso grande perspicacia senza conoscenza degli uomini, esteso sapere senza senso pratico, disposizione a parlare con forma splendida insieme a oscurità e confusione nei concetti. Molto spesso si riscontra una intelligenza prematura: i cosidetti « fanciulli prodigi » sono per lo più affetti da predisposizione morbosa e sogliono continuare a svilupparsi nel senso di questa predisposizione.

Un sintoma concomitante molto comune nella nervosità è una *aumentata esauribilità.* L'esperimento psicologico ci ha insegnato che l'elevata capacità di esercizio si unisce di solito apparentemente ad una grande stancabilità, forse per il fatto che ambedue non sono che la manifestazione di una aumentata influenzabilità sul tessuto nervoso. Noi quindi comprendiamo come alla grande facilità con la quale individui nervosi apprendono molte cognizioni e svariate abilità, corrisponda anche una notevole stancabilità. Con ciò è forse anche in re-

---

(1) SAURY, *Étude clinique sur la follie héréditaire (les dégénérés)*, 1886; KOCH, *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*, 1893. BINSWANGER, *Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie*, 1896; v. KRAFFT-EBING, *Nervosität und neurasthenische Zustände*, 2. Auflage 1900; GILLES DE LA TOURETTE, *Les étas neurasthéniques*, 1898; JANET, *Les obsessions et la psychasthénie*, 2 Bd., 1903.

lazione il rapido arrestarsi dell'attività degli infermi, la loro scarsa resistenza a lunghi lavori, che a prima vista sembrano essere in accentuata opposizione con la loro iperattività momentanea. L'arresto per stanchezza aumenta in essi assai sollecitamente, sicchè hanno molto presto bisogno di grande gettito di tensione volitiva, la quale a sua volta non viene raggiunta, perchè la loro forza di volontà molto spesso suole essere sensibilmente lesa da disturbi morbosi. In una certa relazione con la aumentata mobilità dei processi psichici sta forse anche la poca fermezza nell'agire, che è spesso compagna della nervosità. Gli infermi imparano non di rado molto presto, ma dimenticano anche con estrema rapidità. Anche *l'aumento della distraibilità,* che si riscontra così di frequente è forse solamente una manifestazione della stessa caratteristica generale della vita psichica da cui hanno origine le qualità suddette. Gli infermi sono spesso molto sensibili a disturbi e ad interruzioni esterne, si abituano molto difficilmente a mutamenti nelle condizioni di lavoro e per nuovi eccitamenti vengono distratti facilmente dai loro circoli di idee e da progetti antecedenti. Per tutti questi fatti si verifica una certa fugacità e superficialità della complessiva attività intellettuale, la quale può forse dapprima abbagliare, ma si mostra in seguito impotente, facile a cambiar direzione e incapace di fissarsi.

A ciò non di rado si aggiunge una speciale *mobilità della forza immaginativa;* le rappresentazioni possiedono grande vivacità sensoriale e si collegano facilmente le une alle altre. In conseguenza di ciò si sviluppa facilmente una straordinaria tendenza a fantasticare, che viene favorita dalla deviabilità degli ammalati. Parecchi amano di dipingersi con la maggiore minuziosità immaginarie condizioni di vita e avventure e si compiacciono nella parte di grandi signori o di arditi eroi, in un'età in cui generalmente tale tendenza fanciullesca suole essere scomparsa da lungo tempo. Io rammento il rampollo degenerato di un'antica famiglia, il quale all'età di 21 anni fantasticava di essere possessore di immense ricchezze, disegnava piante di grandi castelli, faceva preventivi per le magnifiche residenze, che egli, in suo pensiero, aveva istituite nei vari punti più belli. Anche la nomina a principe, la concessione di alte insegne cavalleresche e infine l'incoronazione a re non mancavano in queste note.

Come questo giocherellare del pensiero fa prevedere molto di frequente si riscontra una notevole *esagerazione nel concetto di se stessi.* La dottrina del superuomo non ha in alcun luogo partigiani così entusiasti e rappresentanti così convinti di quella razza futura, come fra i nervosi. La mancanza di una auto-educazione psichica e morale presenta sotto questo punto di vista l'impronta della carat-

teristica personale che deve aver libero corso; il lavoro semplice e perseverante cede dinanzi al godimento e al capriccio del momento. Pure non si arriva forse a idee deliranti: anche i castelli in aria su menzionati vengono sempre considerati tali e non formano, come io prima ammetteva, il primo gradino nello sviluppo del delirio sistematizzato di grandezza. D'altro lato ci imbattiamo spesso anche in mancanza di fiducia in se stessi e in un concetto inferiore al vero nell'apprezzamento della propria capacità di produzione. In generale manca dunque agli ammalati la giusta misura nel giudicare il rapporto fra la propria persona e l'ambiente.

Janet ha richiamato insistentemente l'attenzione su di un disturbo non raro nei nervosi, ed a lui noi dobbiamo una descrizione particolareggiata e, nei tratti sostanziali, perfettamente esatta di questi stati. Gli ammalati spesso perdono, fino ad un certo grado, *la coscienza della realtà*. I rapporti quotidiani, immediati con l'ambiente, sembrano ad essi straordinariamente estranei e mutati; essi sono presi dal pensiero che tutto ciò non sia realtà, che non li riguardi, come se essi stessi non vivessero nel mondo, fossero morti già da lungo tempo. Uno dei miei ammalati ebbe da principio questo senso di « essere estraneo a tutto » dapprima per breve tempo, poi quasi durevolmente; egli diceva nel vedere sua madre, di non sapere chi essa fosse propriamente; anche quando egli stesso parlava, non comprendeva bene chi lo facesse. Il disturbo era cominciato quando egli vide se stesso in uno specchio, voltato di dietro. La spiegazione di questo fenomeno è difficile. Noi vogliamo qui solo ricordare che negli stati epilettici e nella psicosi maniaco-depressiva ci vengono fatte dichiarazioni analoghe; anche nella stanchezza grave pare accada qualche cosa di simile. Forse si tratta della mancanza di quei sussidi di associazione che nei sani permettono subito il collegamento delle impressioni esterne con quadri mnemonici antecedentemente acquistati e conferiscono loro così il carattere della « conoscenza ». In ogni modo si ha una specie di separazione interna dal mondo esteriore, una sospensione dei reali e naturali rapporti scambievoli fra impressioni, stati di coscienza e azioni volitive.

La propensione ad occuparsi con i prodotti della propria forza immaginativa è anche la ragione principale della menzogna, che così spesso si osserva nei degenerati. I fugaci quadri mnemonici vengono facilmente falsificati da aggiunte inventate, anche senza che l'ammalato se ne renda conto. D'altro lato i vari eccitamenti emotivi acquistano una grande influenza sul contenuto delle rappresentazioni. Il desiderio e la paura dirigono i pensieri dell'infermo; impressioni vivaci dei sen-

timenti fondamentali come anche rappresentazioni insorgenti, dominano le sue opinioni ed i suoi ricordi, che perciò non solo appaiono soggetti a frequenti cambiamenti, ma possono anche deviare in grado molto elevato dalle norme della realtà. Nel campo emotivo si riscontra egualmente uno sviluppo disuguale nella direzione dei varii sentimenti. Una grande delicatezza, un gusto squisito, notevole capacità d'entusiasmo si possono collegare con atrofia. Accanto ad una eccessiva sensibilità sussiste forse una incomprensibile durezza d'animo, accanto a un delicato senso artistico vi può essere mancanza di tatto od ottusità morale. Sul terreno di queste disuguaglianze emotive prosperano facilmente singole tendenze impulsive di singolare violenza. A questi appartengono l'amore esagerato per gli animali, la venerazione idolatra per determinate persone, l'amore « furioso » che insorge improvvisamente, che dimentica ogni riguardo, e soggioga completamente la volontà; le numerose « idiosincrasie », l'ingiustificato orrore o timore per determinate persone, o soggetti, o avvenimenti; fenomeni morbosi, che talora si estendono in modo da raggiungere in parte il campo delle fobie. Spesso esistono inoltre certe spiccate particolarità dello stato d'animo, come impressionabilità morbosa, esagerazione, facilità alla speranza o durevole oppressione e pusillanimità, che possono condurre alla completa misantropia. Noi rileveremo in seguito più particolareggiatamente i caratteri più spiccati di queste alterazioni.

Il rapido ed immediato *cambiamento dell'umore* è molto frequente. Una intensa allegria cede il posto improvvisamente a pusillanimità femminea o ad intensi scoppi di furore. È inoltre sorprendente la sproporzione fra l'intensità momentanea degli ondeggiamenti emotivi e la loro minima durata. Gli ammalati sono straordinariamente facili alla collera, ma si calmano altrettanto rapidamente; per una causa qualsiasi vanno addirittura fuori di sè, e poi passano sopra con sorprendente facilità alle più gravi disavventure. Queste singolarità fanno acquistare alla vita emotiva l'impronta del capriccio e della volubilità. Agli ammalati manca la serietà e la profondità; spesso sembra che essi giuochino con i loro sentimenti variabili. In altri casi siamo invece meravigliati dalla grande tenacia con cui certe impressioni spiacevoli influenzano l'umore, in modo che gli ammalati non sono in grado di vincerne l'effetto. Così si spiega il permanere di stati angosciosi, l'attaccamento a ricordi tristi, la ostinata irriconciliabilità per offese patite molti anni prima.

Di solito si sviluppa negli infermi uno spiccato sentimento del *proprio io*. La forte influenza che esercitano gli stati interni a causa di svariatissime condizioni, spinge l'ammalato a rivolgere la sua attenzione in modo speciale sulla propria vita psichica e ad occuparsi del bene e

del male di essa. Non di rado si giunge in tal modo ad una penosa osservazione e ad una interpretazione ipocondriaca di tutti i piccoli cambiamenti, i quali allora per l'intervento della riflessione e del timore ingrandiscono rapidamente e sembrano assumere forme minacciose. Non solo la preoccupazione continua per il proprio stato, ma anche la mancanza di profondità emotiva conducono gradatamente ad un egoismo più o meno spinto. Il pensiero del proprio io attira verso di sè una parte sempre crescente dell'eccitamento emotivo, mentre tutto il resto rimane in seconda linea; d'altra parte spesso non giungono a svilupparsi rapporti di sentimento profondi o durevoli con l'ambiente. Gli ammalati rimangono freddi, inaccostabili, non sentono attaccamento per alcuno, tormentano senza riguardo i loro parenti più stretti senza rendersene conto. Janet fa la giusta osservazione che appunto i tiranni delle famiglie non sono in fondo che individui volubili e di debole volontà. Inoltre l'egoismo assume anche la forma di un continuo sacrificio di sè, come riscontriamo nell'isterismo. Gli ammalati rinviliscono se stessi nei modi più varii, sforzandosi così più o meno chiaramente a provocare in chi li circonda il riconoscimento delle proprie qualità, la compassione e riguardi speciali.

Il risultato di tutte queste alterazioni è una *perenne mancanza d'indipendenza nelle azioni*. Le risoluzioni della volontà non hanno radice in principii lentamente maturati e stabili, ma nei cambiamenti d'umore e negli impulsi momentanei prodotti talvolta da impressioni casuali e da stati interni. Intime inibizioni, timori, eccitamenti passionali impediscono ed attraversano lo sviluppo continuativo e la determinazione delle azioni volitive; influenze fugaci ed inapprezzabili possono cambiare improvvisamente il loro contenuto e la loro direzione. Come Janet con ragione rileva, in tal modo si sviluppa infine ordinariamente un certo grado di *abulia*, sopratutto una restrizione dell'attività volitiva. Egli dice che gli ammalati non possono portare a compimento alcuna cosa. Ciò si manifesta molto chiaramente, fatta astrazione dalla loro condotta complessiva che si arretra sempre spaventata dinanzi a qualunque risoluzione da prendere, nei tentativi di suicidio singolarmente fallaci e insensati che noi dobbiamo considerare meno come manifestazioni di teatralità che come l'espressione della incapacità a trasformare in un atto risoluto l'umore disperato. Uno dei miei ammalati, un guardaboschi, cercò di uccidersi correndo ripetutamente di notte per il bosco nel rigore invernale, sudato e svestito; un altro si fece allo stesso scopo alcune piccole causticazioni con acido nitrico.

Generalmente gli ammalati sentono essi stessi la loro incapacità ad un lavoro durevole ed uguale, che viene loro sempre impedito ad

stanchezza, distraibilità, da variazione d'umore. Molti esprimono perciò l'ardente desiderio di farsi dirigere da una volontà estranea, e parecchi casi di « affascinamento », di assoggettamento assoluto a una influenza estranea possono avere profonde radici in questo bisogno. Seppure gli ammalati in principio cercano di padroneggiare con una maggiore tensione della volontà le difficoltà interne, tuttavia essi restano a poco a poco paralizzati. È la lotta perenne e infruttuosa contro questi impedimenti che fa aumentare nei malati il senso di continuo spossamento e di rilassamento e li spinge ad usarsi sempre maggiori riguardi. Molti ammalati rinunziano sempre più ad ogni seria attività, lasciano, fiacchi e senza volontà, che tutto vada come vuole. Ma anche quelli che presentano una notevole attività esteriore, si manifestano incapaci al raccoglimento intellettuale, al lavoro regolato e fruttifero. I loro sforzi mutevoli rimangono senza metodo, senza mèta, senza compimento. A ciò si frammettono improvvisi impulsi all'azione, viaggi insensati, fidanzamenti precipitati, cambiamenti di impiego o di professione, tentativi di suicidio.

Non può essere a meno che l'impaccio e il disordine psicopatico della condotta non estendano il loro effetto anche sull'ambiente. I continui arresti, l'instabilità e l'incalcolabilità delle decisioni, interrompono senza tregua il positivo e normale svolgimento degli affari del giorno; dappertutto insorgono difficoltà e imbarazzi inaspettati. Ciò appunto rivela nella predisposizione psicopatica, accanto alla degenerazione, anche la incapacità da attendere ad uno scopo determinato. Essa impedisce con attriti assolutamente inutili il normale decorso del lavoro quotidiano ed è causa dello sperpero delle forze tanto intellettuali che emotive in cose secondarie, in modo che non ne restano più per le lotte veramente gravi. Condizioni chiare e semplici diventano difficili e confuse appena interviene la mano nervosa dello psicopatico.

In seguito alla particolare mancanza di fermezza della volontà, la *impulsività* raggiunge di solito in questi ammalati un grande sviluppo. Confusi eccitamenti emotivi sopraffanno spesso senz'altro la serena riflessione. Inclinazioni e avversioni impulsive, tendenza a collezionare certi oggetti, timori infondati acquistano un predominio capace di sopprimere ogni riguardo; presentimenti, rapporti superstiziosi, interpretazioni acquistano abbastanza spesso potere anche quando la loro insensatezza è riconosciuta chiaramente. Molto facilmente si sviluppano determinate e abituali direzioni volitive, il cui crescente dominio non può più tardi essere interrotto. Gli ammalati debbono compiere i loro affari sempre nello stesso modo, nelle analoghe condizioni esterne, si

sentono impacciati, alcune volte anche incapaci, appena sopravviene un piccolo cambiamento. Essi cadono perciò molto facilmente vittime della attrazione all'abuso di mezzi di godimento o di rimedi, fumano eccessivamente, diventano bevitori, morfinisti, si abituano a tè e caffè molto forti, fanno continuo uso di sonniferi. La inclinazione ipocondriaca a rimedi ciarlataneschi diventa spesso in questi casi perfino nefasta.

La *vita sessuale* ha di regola una parte speciale in questa condizione morbosa; essa ha nell'andamento della vita di questi ammalati un'importanza molto maggiore che in quello degli individui sani. Di solito lo stimolo sessuale si risveglia straordinariamente presto e con grande vivacità. Esso conduce molto spesso, sia spontaneamente, sia colla guida di amici, alla masturbazione, che poi suole rimanere ostinatamente radicata e non di rado viene continuata assieme ai regolari rapporti sessuali.

In casi non molto rari lo stimolo sessuale diventa il centro dell'intera vita psichica. Così insorge il quadro così svariato della « neurastenia sessuale », la quale, come si è andato sempre più chiarendo, non rappresenta la conseguenza di sregolatezze, ma un semplice fenomeno concominante del nervosismo congenito. L'aumento della tensione sessuale può in alcuni casi essere accompagnato da un senso di disgusto, da un'eccitazione interna, che producono un profondo turbamento e che scompariscono solo col compimento dell'atto sessuale. Al contrario all'atto sessuale si possono collegare vivaci sentimenti d'angoscia che ne rendono impossibile la riuscita e conducono all'impotenza psichica. L'aumentata eccitabilità sessuale spinge alla masturbazione senza riguardo, con le sue conseguenze di durevole irritabilità, precoce eiaculazione, spermatorrea e di sensazioni e di timori ipocondriaci che vi si collegano. Tutte le sensazioni e rappresentazioni morbose possibili possono raggrupparsi intorno a questo punto centrale e rafforzare così l'influenza che esso ha già nella vita psichica.

Specialmento grave è anche il fatto che spesso col risvegliarsi della eccitazione sessuale si collega lo sviluppo di quelle deviazioni del soddisfacimento sessuale, il cui studio è stato nella nostra epoca tanto fecondo. Il ricordo di certe determinate occasioni nelle quali si eccitò per la prima volta più chiaramente lo stimolo sessuale si collega così intimamente col bisogno sessuale, che un soddisfacimento di esso è possibile solo nelle medesime circostanze. Uno dei miei ammalati al quale l'istitutrice aveva detto nell'infanzia che gli avrebbe bendato gli occhi se egli avesse seguitato a guardar le bambine, poteva più tardi congiungersi solo con donne alle quali fossero bendati gli occhi. In simil modo possono spesso insorgere i traviamenti sadistici, masochistici, feticistici, ma senza dubbio sempre sul terreno della predisposizione psicopatica.

La poca capacità di resistenza del cervello nevrotico suole manifestarsi in questi ammalati in varie maniere. Spesso nell'anamnesi vengono riferite delle convulsioni infantili, ma qui è difficile stabilire se esse siano da riguardarsi come un indizio di aumentata eccitabilità o come fenomeni concomitanti di malattie cerebrali che agiscano come cause. Frattanto noi osserviamo frequentemente che in individui nervosi si sviluppano anche per cause minime alte temperature, che essi delirano in modo relativamente facile, e che spesso in seguito ad impressioni eccitanti cadono in svenimenti. Inoltre osserviamo non di rado una grande sensibilità per l'alcool e anche per il tè e il caffè, un rapido abbattimento nelle fatiche alquanto prolungate, una incapacità a sopportare per lungo tempo la fame e la sete, una grande suscettibilità alle variazioni atmosferiche e della temperatura. Spesso vi è tendenza a provare senso di oppressione al capo, all'emicrania, a sensazioni spiacevoli di ogni specie, ad aumento di eccitabilità cardiaca. Anche le funzioni digerenti partecipano spesso alle alterazioni generali. Grande fame si alterna con mancanza di appetito; non di rado si sviluppa il bizzarro quadro morboso della dispepsia nervosa, la sensazione di oppressione e ripienezza nella regione dello stomaco, l'eruttazione, talora anche la ruminazione, la stitichezza ostinata, le diarree determinate da fatti psichici. Il sonno è disturbato assai di frequente. In alcuni casi sussiste uno straordinario bisogno di dormire, in modo che gli ammalati si svegliano con fatica anche dopo 8-9 ore di sonno; quindi dobbiamo ammettere che di regola la profondità del sonno non sia sufficiente. Dalla misura della profondità del sonno è apparso probabile che l'aumento dell'eccitazione nervosa renda il sonno più superficiale e ritardi il raggiungimento di una grande profondità. Io ho sempre avuto l'impressione che fra gli individui nervosi siano relativamente più frequenti quelli che preferiscono il lavoro notturno a quello del mattino; il loro tessuto nervoso giunge più lentamente al riposo dopo il lavoro. Per ciò molti dei nostri ammalati soffrono nello svegliarsi di grande stanchezza, mentre l'addormentarsi riesce loro spesso molto difficile e il sonno stesso è turbato da sogni vivaci e irrequieti.

Nella predisposizione somatica la degenerazione può manifestarsi per tutta quella serie di anomalie che si sogliono riguardare come caratteri degenerativi. Così è frequente rilevare l'arresto di sviluppo somatico al grado infantile, l'aspetto straordinariamente giovanile o precocemente invecchiato, degli arresti di sviluppo locali o generali del cervello e del cranio, viso storto, posizione anormale dei denti e delle mascelle, deformità di ogni specie agli orecchi, al palato, ai genitali, alle mani. Più rare sono le traccie di malattie cerebrali pregresse.

Siccome la nervosità, secondo il nostro concetto, è uno stato morboso congenito, non si può parlare di un vero decorso della malattia. Di regola questa disposizione morbosa si manifesta già nei bambini con grande irrequietudine, eccitabilità, sensibilità alle cause nocive, inoltre con lievi disturbi nervosi, convulsioni, ostinata enuresi, risvegli durante la notte con spaventi, tartagliamento, ecc. Più tardi si presentano chiaramente speciali difficoltà d'educazione. Si osserva da un lato grande eccitabilità, escandescenze, indisciplinatezza, dall'altro accessibilità a cattive influenze, volubilità, ansietà, irresolutezza e inoltre grande facilità alla stanchezza, deviabilità, disordine, instabilità. Non di rado si nota una tendenza a mentire, a piccoli furti, a tralasciare la scuola e anche a fuggire per qualche tempo senza un piano premeditato.

Se noi non crediamo di poter attribuire alle regole educative una troppo grande influenza su tutte queste anomalie, pure è certo che molte di esse potrebbero, in condizioni favorevoli, venire notevolmente mitigate. D'altro lato si riscontra spesso nel periodo dello sviluppo un aumento dei fenomeni morbosi, che sfida ogni tentativo di trattamento. Io sono proclive a riferire questo peggioramento in parte all'influenza sfavorevole che hanno sullo stato generale cangiamenti fisici e psichici dell'età dello sviluppo. In parte però la colpa deve attribuirsi alle esigenze sempre crescenti della vita ed ai danni causati tanto da traviamenti di ogni specie come da circostanze speciali. Così dovremo considerare in prima linea i nefasti fenomeni concomitanti della predisposizione psicopatica, la masturbazione invincibile, l'abuso dell'alcool, la clorosi, le malattie esaurienti e le varie fasi della vita nella donna, in alcuni casi anche le vive emozioni, come cause nocive che possono occasionare l'ulteriore sviluppo dei germi della nervosità.

Il terreno così preparato offre allora le condizioni più favorevoli per lo sviluppo di tutte quelle svariate alterazioni cho proseguiremo a studiare in questo capitolo. Non mi sembra improbabile che anche la direzione speciale di questo sviluppo morboso sia già antecedentemente tracciata e non venga determinata soltanto da cause esteriori più o meno accidentali. Certo il quadro della nervosità non rappresenta per sè una unità, ma esso abbraccia, a mio avviso, una serie di predisposizioni completamente diverse, ognuna delle quali può considerarsi come il primo gradino di certe forme morbose maggiormente marcate, per quanto presentemente non siamo ancora in grado di distinguere chiaramente l'una dall'altra le diverse varietà.

Questo concetto trova appoggio nella circostanza, che abbastanza spesso possiamo riscontrare già nelle famiglie degli ammalati una

determinata predisposizione morbosa. Solo di rado mancano completamente, negli altri membri della famiglia, le tracce della nevrosi. Si tratta qui piuttosto di disturbi che per la massima parte dipendono da eredità morbosa, pur essendo possibile che sotto l'influenza di speciali cause nocive, la degenerazione si manifesti talora indipentemente dalla eredità. Quando noi però ritroviamo i segni della nevrosi nella famiglia, incontriamo con straordinaria frequenza caratteri somiglianti, talora anzi in sostanza completamente uguali. Così forse la depressione costituzionale, la mania di sottilizzare o di dubitare in un ascendente, erano sviluppati proprio nello stesso modo che nel dato ammalato. Inoltre nella ereditarietà noi riscontriamo da un lato una diminuzione, ma dall'altro un ulteriore sviluppo delle alterazioni. Da ciò sembra risultare che segnatamente le alterazioni psichiche isteriche e la follia maniaco-depressiva formino non raramente uno stadio consecutivo della malattia. Noi avremo ancora occasione di accennare a questi profondi rapporti. Ricordiamo qui solo che Koch nella « Inferiorità psicopatica congenita », che si confonde con la nervosità qui delineata, ha già spesso osservato una certa periodicità nei fenomeni.

La nervosità viene generalmente compresa, assieme all'esaurimento nervoso, sotto il nome comune di « neurastenia ». Siccome la predisposizione psicopatica si associa di regola ad una più facile esauribilità, i due stati mostrano in realtà alcuni tratti simili, il rapido insorgere di fenomeni di stanchezza, la aumentata eccitabilità, la diminuzione della *capacità al lavoro*. Si deve anche ammettere che essi attraverso a una serie di stati intermedii, si confondono l'uno nell'altro, poichè nei degenerati si possono « naturalmente » sviluppare in modo relativamente facile veri stati di esaurimento. Tuttavia noi non dobbiamo perdere di vista le differenze fondamentali fra la nervosità congenita e l'esaurimento acquisito. Mentre quest'ultimo non presenta altri caratteri all'infuori della semplice stanchezza in grado molto spiccato, nella predisposizione psicopatica noi incontriamo in modo più o meno manifesto anche i primi segni di quegli stati morbosi che sogliono considerarsi come la espressione della degenerazione, una incongruenza nel pensare, nel sentire, nell'agire. Quanto più fortemente questi caratteri sono mescolati ad un dato quadro morboso, tanto più accuratamente dovremo tener conto della importanza etiologica di una esistente causa di esurimento. Mentre l'esaurimento nervoso semplice si compensa sicuramente con il riposo, i fenomeni della nervosità possono, una volta risvegliati, assumere un decorso indipendente, in date condizioni progressivo, anche se le conseguenze

immediate della causa determinante sono scomparse da lungo tempo. A ciò si aggiunga che la nervosità suole manifestarsi sino dalla giovinezza, anche senza una causa apprezzabile, in forme svariate, mentre l'esaurimento di un sistema nervoso dapprima sano non ha mai luogo senza gravi cause nocive.

Rapporti molto più stretti esistono fra nervosità e predisposizione isterica; si può anche, se si vuole, considerare quest'ultima solo come una particolare sottoforma della prima. Una tendenza generale all'insorgere di alterazioni psicogene viene da noi osservata regolarmente anche nella nervosità; noi parliamo però di isteria solo quando i fenomeni morbosi sorpassano la sfera di abituali rappresentazioni ed emozioni e si estendono a dominii che sogliono altrimenti rimanere integri. Anche nella psicosi maniaco-depressiva, che appartiene senza dubbio alle forme della degenerazione, i limiti sono mutabili.

Le oscillazioni immotivate dell'umore dei nervosi si continuano gradatamente, quando in seguito a stati interni presentano una certa regolarità, con forme più leggiere della psicosi maniaco-depressiva. Queste affinità divengono, come si è già accennato, più evidenti nella depressione e nell'eccitamento costituzionale, che noi dobbiamo considerare spesso come semplice stadio più lieve delle forme morbose più sviluppate.

La *lotta* contro la nervosità deve consistere principalmente nella profilassi, ed offre perciò spesso poca speranza di successo. Bisogna decisamente sconsigliare il matrimonio fra persone ammalate, mentre col miscuglio con sangue sano si può sempre sperare che i discendenti riportino a poco a poco la vittoria sulle predisposizioni morbose. Delle altre cause nocive che noi siamo in grado di combattere, saprei solo ricordare l'abuso dell'alcool, il cui effetto fatale sui germi si palesa molto di frequente nel dare origine anche ad una predisposizione nervosa. Ai bambini si deve anzitutto dare una educazione che rinforzi il corpo e risparmi il cervello. Lo sviluppo intellettuale deve essere piuttosto frenato, specie quando si riscontra una malsana precocità. Bisogna annettere un'importanza speciale ad un sufficiente soddisfacimento del bisogno di dormire. Il destarsi degli stimoli sessuali deve essere osservato esattamente e diretto da savi ammaestramenti nelle vie giuste. Spesso è raccomandabile, per bambini nervosi, un'educazione in campagna per favorire lo sviluppo fisico il più che sia possibile, abbreviare il tempo della scuola, ottenere una sorveglianza sicura e troncare l'influenza più particolarmente dannosa di cattive compagnie. In casi di alterazioni ancora più pronunciate si potrà pensare addirittura

ad una educazione al lavoro (1) sotto la sorveglianza medica, come è stata tanto diligentemente compiuta da GROHMANN. D'ordinario i ragazzi psicopatici sopportano male, a causa della loro tendenza alla contraddizione, l'educazione usuale, ed esigono un adattamento speciale alle loro particolari condizioni personali. Anche nella scelta della professione bisogna tener conto della predisposizione. Una attività faticosa e con molta responsabilità suole far peggiorare i disturbi; mentre un lavoro semplice, regolare, uniforme ha spesso invece un effetto molto favorevole.

Oltre ciò nei nervosi ogni sregolatezza è naturalmente dannosa. L'astensione dall'alcool è assolutamente necessaria, ma anche riguardo ad altri mezzi di godimento, come anche all'uso di morfina e di sonniferi, il trattamento richiede la *massima prudenza*. Gli svariati disturbi vengono combattuti nel miglior modo con una intelligente educazione medica, con una vita regolata, col curare un giusto alternarsi di lavoro e di svago, con riposo e nutrimento sufficienti o infine con discorsi persuasivi. Le cure continuate per lungo tempo, specialmento negli Istituti, sogliono avere effetto *sfavorevole*. Si dovrà ricorrere ad esse solo per motivi determinati, altrimenti è facile avere per conseguenza un aumento delle sofferenze e specialmente dei timori ipocondriaci.

All'incontro la necessità di un regolare adempimento dei propri doveri suol costituire per lo più un eccellente freno. Quando è necessario uno svago, un breve viaggio, un soggiorno al mare o in montagna potranno rendere buoni servigi, piuttosto che una cura mal fatta, perchè l'effetto più favorevole deve ricercarsi sempre e soltanto nella tranquillità dell'animo. Merita attenzione il fatto che i nervosi in generale hanno bisogno di riposo, sia pure di breve durata. Nell'abbattimento e nello sconforto sono raccomandabili le distrazioni per mezzo di compagnia, di divertimenti, di studi artistici, ecc. Le persone che circondano il paziente debbono cercare di combattere con tutte le loro forze l'inclinazione che si manifesta nei malati, a rinchiudersi ed a ritirarsi.

B. — *Lo stato di depressione costituzionale.*

La depressione costituzionale è caratterizzata da un *perenne tono emotivo triste in ogni caso della vita*. Nel campo della attività intellettuale non suole presentarsi generalmente alcun' altra alterazione note-

(1) MONIER, *Zeitschr f. Hypnotismus*, *VII*, 3, 1898; THULIÉ, *Le dressage des jeunes dégénérés, ou orthophrénopedie* 1900; VOGT, *Wiener Klin. Rundschau* 1900, 2.

vole. Alcuni hanno perfino un grande talento, mentre in altri lo sviluppo intellettuale è alquanto ritardato fin dalla prima giovinezza. Di regola però sembra esistere una grande facilità alla stanchezza. Gli ammalati sono forse in grado di accingersi ad un lavoro che ha bisogno di acutezza di ingegno e di abilità, ma si stancano presto, devono sospendere ogni momento presi da stanchezza, peso alla testa, sensazioni spiacevoli, eccitazione interna, insonnia, appena si affaticano di più o devono compiere un lavoro non soddisfacente. Essi sono perciò costretti a lavorare con frequenti interruzioni, a seguire regole di prudenza speciali, a condurre regolarmente una vita penosamente metodica, ma in tal modo possono, malgrado tutti gli impedimenti interni, compiere anche nel campo intellettuale un lavoro soddisfacente e persino importante. Specialmente la forza delle circostanze può evitare l'arresto dell'attività che altrimenti insorgerebbe immancabilmente. Io conobbi un malato di cultura molto elevata, che dopo pochi minuti appena di lettura o di conversazione indifferente provava sensazioni dolorosissime al capo; ma era però bene in grado di far lezioni o di compiere qualunque altro lavoro intellettuale assolutamente necessario.

La distraibilità dei malati è generalmente aumentata. Non solo le minime alterazioni esterne bastano a render loro molto più difficile la fissazione dei pensieri ed il lavoro ordinato, ma ogni sorta di rappresentazioni estranee si intromettono facilmente distogliendo la loro attenzione, rendendoli distratti, smemorati, incerti nella loro attività, costringendoli talora a ripetere più volte lo stesso lavoro. Sposso vi è la tendenza ad un sofisticare infruttuoso, specialmente ipocondriaco. Gli ammalati « pensano sempre a qualche cosa ». La loro coscienza è sempre completamente chiara, il corso dei loro pensieri non è alterato in alcun modo; essi si rendono conto esattamente dell'essenza della loro malattia, provano spesso anche un senso estremamente penoso d'impaccio a causa della propria insufficienza.

L'*umore* è in generale durevolmente depresso e scoraggiato. Gli ammalati hanno fino dalla gioventù, una speciale sensibilità di fronte alle occupazioni, alle fatiche, alle delusioni della vita. Essi risentono tutto profondamente ed in ogni avvenimento rimangono impressionati più fortemente dalle piccole contrarietà che dalle più alte soddisfazioni, o dai godimenti più attraenti; ogni momento di gioia viene loro avvelenato dal ricordo di oro tristi, da rimproveri a se stessi ed ancor più da timori per l'avvenire, dipinto a foschi colori. Alcuni ammalati possono mostrarsi esternamente tranquilli e manifestano il loro disgraziato stato di animo, i loro tormenti solo agli stretti parenti o al medico;

essi, per eccitamenti esterni, sono forse allegri, straordinariamente amabili, perfino audaci, per ritornare poi con una certa soddisfazione, appena lasciati a se stessi, a riflettere sulla miseria della loro vita. Ogni dovere sta loro dinanzi come una montagna : la vita, l'attività sono un peso che essi portano per abitudine, con doverosa abnegazione, senza venir compensati dalla gioia di esistere, di agire. Gli ammalati non hanno alcuna fiducia nelle forze proprie; essi disperano sempre in ogni lavoro e sono presi facilmente dall'angoscia e dallo scoraggiamento; si sentono inutili al mondo, buoni a nulla, nervosi, ammalati; temono lo scoppiare di una grave malattia e specialmente un'alterazione psichica, una malattia del cervello. Sono diffidenti, si considerano figliastri della natura, non vengono compresi da coloro che li circondano e pensano spesso volontieri alla morte, perfino nell'infanzia.

Parecchi ammalati sono tormentati durevolmente da un certo « sentimento di colpa », come se non avessero fatto bene qualche cosa, o avessero da farsi qualche rimprovero. Talvolta questa tormentosa incertezza si riferisce ad avvenimenti reali, ma passati da lungo tempo o insignificanti. Una delle mie ammalate non poteva liberarsi dal pensiero di un errore sessuale commesso anni avanti; un altro ammalato non poteva dimenticare che la sua padrona di casa gli aveva detto che egli non avrebbe avuto mai buon successo all'esame. Sebbene quest'ultimo gli fosse riuscito felicemente e senza speciali difficoltà, egli era continuamente perseguitato dal pensiero che egli era stato un uomo dappoco a tollerare simili parole, e che ognuno si accorgesse come egli fosse un dappoco a sopportare ciò. Si sentiva sempre spinto a far dei passi per ottenere soddisfazione in qualche modo dopo tanti anni e riparare il suo onore che credeva offeso.

Il campo dei processi sessuali specialmente offre sempre nuovo alimento alla depressione. Le eccitazioni sessuali si risvegliano generalmente molto presto e conducono a sregolatezze , ma il più spesso all'onanismo, le cui conseguenze si presentano poi agli occhi degli ammalati nei colori più foschi. Un ammalato che dalle eccitazioni interne veniva sempre spinto alla « notonania » malgrado tutte le promesse e tutti i giuramenti si esprimeva così (sul suo stato di cupa disperazione):

« Nessuna parola umana può descrivere le sofferenze morali causatemi da questo orribile vizio, e dopo averle patite la parola infermo con tutti i suoi terrori ha perduto per me ogni importanza, se essa significa qualche cosa altro che le conseguenze dell'onanismo. Camminare quasi come un cadavere vivente con la coscienza quasi di portar sulla fronte l'impronta di questo vizio, vedere sguardi scherni-

tori e udire perfino le ciniche allusioni degli amici, finchè si diventa così misantropi da evitare di uscire durante tutto il giorno e rannicchiarsi piuttosto nella propria tana finchè non cade la notte!

Ma la cosa peggiore è l'orrore e il disgusto di sè stessi, il sentimento della disperazione che diventa più profondo ad ogni caduta, infine la rassegnazione cretina, la perdita della fiducia in sè; non si ha più coraggio con il nemico nel campo ».

Anche altri ammalati sentono molto penosamente la eccitazione sessuale che si presenta loro con immagini voluttuose e tanto più quando la impotenza psichica, la timidezza, o le considerazioni morali impediscono loro di soddisfarla. Vi è qui un terreno favorevole per lo sviluppo di ogni sorta di ripieghi singolari per sfuggire a questo tormento. Più volte io vidi dei padri di famiglia prendere precauzioni per limitare i rapporti sessuali o adottare misure precauzionali, perchè essi temevano di nuocersi o si ritraevano dinanzi alla responsabilità di mettere al mondo figli nervosi.

Generalmente il senso della vita è dominato da una delicata suscettibilità, spesso con spiccate tendenze a capacità artistiche ed estetiche. Uno dei miei ammalati non poteva sopportare di sentir leggere quanto riguardava la circolazione del sangue; egli andò al macello per vedere quello che egli faceva se mangiava la carne, e si mise quindi a far uso di preferenza di nutrimento vegetale. La condotta complessiva degli ammalati viene notevolmente influenzata dalle loro sofferenze. Da un lato si arretrano spaventati dinanzi a qualunque responsabilità, ne ponderano tutte le circostanze e tutte le conseguenze, evitano risolutamente tutte le azioni non abituali o pericolose. Debbono far tutto da se, poichè credono di non potere assumere diversamente la responsabilità, si aggirano dalla mattina alla sera in un lavoro minuzioso molto più di quel che sarebbe necessario, adempiono a tutto con tormentosa esattezza e puntualità. Una signora a capo di una piccola famiglia aveva bisogno regolarmente alla sera di un'ora e mezza, dalle 10 alle 11½, per fare i pochi conti delle spese del giorno e compiere così il suo dovere di padrona di casa.

In conseguenza di questa ansietà, gli ammalati non prendono mai una decisione sollecita. Essi riflettono per un tempo infinito senza eseguir nulla. Una signora si decise, dopo le premure dell'intero consiglio di famiglia, a richiedere l'aiuto medico da lei ardentemente desiderato e non poteva poi risolversi a seguire realmente il consiglio datole. Gli ammalati si attaccano strettamente ad ogni loro còmpito, giungono a poco a poco ad una limitazione sempre più ristretta

della loro attività. Essi rinunziano a leggere e a far musica, ad andare in velocipede, e a fumare, non vanno più nei negozi perchè non sanno decidersi sulla scelta, non frequentano società perchè non hanno tempo di proseguire la loro istruzione e temono perciò di sembrar stupidi a tutti. Non possono viaggiare perchè i preparativi, lo stabilire la méta sembrano ad essi troppo faticosi. Infine anche l'ordinare il pranzo, il sorvegliare le donne di servizio, la cura perchè in casa tutto sia sempre pronto a tempo debito causano una grande fatica. Non possono vedersi intorno alcun viso estraneo, cercano di restringere sempre più il numero dei loro domestici, si affaticano estremamente. Altri infine lasciano andar le cose come vogliono. Gli esami specialmente costituiscono per questi ammalati difficoltà insormontabili. Così qualcuno rinunzia, malgrado la più che sufficiente capacità, alla carriera più elevata che lo attende, per contentarsi di un posto modesto nella vita, poichè la mancanza di fiducia in sè e la incapacità a risolversi non gli permettono di esporsi agli esami necessari. Spesso si sviluppano stranezze e singolarità, che hanno in generale qualche relazione con la depressione, rappresentano misure preservative, con le quali l'ammalato cerca di vincere le difficoltà interne. Parecchi ammalati hanno continui pensieri di suicidio e sono sempre preparati a disfarsi della vita alla prima occasione. Se tali espressioni non debbono di regola esser prese sul serio, abbastanza spesso però queste personalità morbose, senza fermezza, giungono al suicidio per motivi insignificanti.

Spesso gli infermi soffrono ogni sorta di mali nervosi, che tolgono loro una parte di capacità al lavoro. Essi sentono un continuo bisogno di riposo, anche senza essersi affaticati: ottusità, pressione o dolore al capo, sensazioni spiacevoli nelle varie parti del corpo, bollori, pulsazioni, moti convulsivi, vibrazioni, non di rado si osservano singoli, strani fenomeni motori, smorfie, irrequietudine coreica, forzato portar la lingua sul palato, scoppiettio della lingua, continuo annusare, contrazioni muscolari e simili. Questi « tic », che noi incontriamo nelle varie forme della pazzia degenerativa e che ci hanno condotto alla creazione di una malattia dei « tic », sono i residui cristallizzati di azioni e movimenti abituali, i quali o rappresentano, conformemente ai movimenti dell'espressione e dell'imbarazzo, la involontaria scarica di stati di tensione interna, o come accade molto spesso nelle fobie, possedevano in principio un determinato significato simbolico. Il sonno è generalmente molto turbato, qualche volta si ha quasi l'insonnia completa, l'appetito è meno alterato; la digestione suole essere lenta.

Il decorso della depressione costituzionale è di regola lentamente progressivo. Qua e là si notano anche manifeste oscillazioni. Specie in

sèguito ad una emozione violenta o ad una sofferenza fisica, ma anche senza motivo evidente, lo stato può peggiorare per migliorare più tardi di nuovo, ma gli ammalati non appariscono mai interamente liberi. Di tempo in tempo si possono verificare addirittura degli accessi, certo molto imperfettamente delineati, che presentano una certa tendenza alla stazionarietà, in quanto che le remissioni diventano sempre meno evidenti. Anche nelle epoche migliori gli ammalati vengono descritti come individui originali, timidi, tranquilli, spiacevoli, scortesi, ottusi, avari. « Io posso dire di esser nato nell'angoscia » diceva uno di questi ammalati che aveva un cranio gigantesco. Talvolta si presentano anche caratteri psicogeni, grande bisogno di conforto, esagerazione dei lamenti in presenza del medico. « Essa è gaia finchè non si trova in compagnia di donne che credono di essere ammalate anch'esse » scriveva il marito di un'inferma.

A me sembra che queste oscillazioni dello stato indichino per lo meno la stretta affinità di alcune forme della depressione costituzionale, con la psicosi maniaco-depressiva. Da un lato è impossibile stabilire limiti ben definiti tra i casi descritti e la manifesta « depressione periodica ». Esiste piuttosto una serie ininterrotta di gradazioni, ad un estremo della quale stanno i decorsi affatto sbiaditi con oscillazioni irregolari e remissioni, mentre all'altro troviamo le forme con quadri morbosi nettamente delineati e completamente sviluppati e remissioni durature. I motivi che ci spingono a collocare questa ultima forma nella psicosi maniaco-depressiva furono già sufficientemente discussi.

Un altro punto di grande importanza è il fatto che si riscontra molto spesso la depressione costituzionale o un quadro ad essa molto somigliante come stato durevole nei casi di « mania periodica », fatto che ha già da lungo tempo attirato l'attenzione dei psichiatri. Esso, a parer mio, si comprende molto bene se si considera come uno stato fondamentale dal quale si sviluppano i varii fenomeni della pazzia maniaco-depressiva. Favorevole a questo concetto è anche la grande somiglianza clinica di molti casi di depressione costituzionale col quadro morboso della depressione circolare. La misantropia, il sentimento di colpa e specialmente la incapacità a risolversi, i timori ipocondriaci e i pensieri di suicidio vengono da noi riscontrati in egual modo nelle due forme morbose. Con ciò non è detto che si debbano confondere insieme senz'altro la depressione costituzionale e la psicosi maniaco-depressiva. È possibile che non tutti i casi, che noi ascriviamo oggi al primo quadro morboso, siano essenzialmente uguali. Ma la depressione costituzionale decorre nella grande maggioranza dei casi senza

« accessi » netti di questo o quel colorito, e in modo simile molti ammalati di psicosi maniaco-depressiva non mostrano assolutamente, nel periodo libero, alcuna depressione. Noi possiamo dunque parlare solo di un'affinità tra i due quadri morbosi che si manifesta nei grandi passaggi su menzionati. Ambedue sono fenomeni di degenerazione, e la depressione costituzionale può portare in sè, in date condizioni, il germe per lo sviluppo di una vera psicosi maniaco-depressiva.

Il *trattamento* della depressione costituzionale ha, all'infuori delle misure preventive generali, limiti molto ristretti. Una vita molto regolata e sotto una buona protezione può migliorare notevolmente l'ammalato, mentre le lotte e la grande responsabilità hanno per lo più effetto sfavorevole. D'altro lato la completa indipendenza suole accrescere le sofferenze, poichè l'ammalato spesso non è in grado, senza esservi costretto dal dovere di vincere l'impedimento intimo, di procurarsi il benefizio di un'attività che lo distragga. Una vera e propria terapia ha non di rado effetti contrari. Questi ammalati appunto ritrarrebbero perciò grande vantaggio dagli Istituti per i nervosi, come sono raccomandati da Möbius. Essi hanno spesso bisogno di lavoro, ma in misura e scelta adatta, devono essere educati a esercitare a poco a poco le loro forze fisiche e psichiche in un lavoro ordinato e durevole, invece di oscillare, come essi sogliono fare, fra un insensato eccesso di lavoro e un ozio penoso. Meglio che tutti gli altri tentativi di cura, come le acque, l'elettricità, il massaggio, la ginnastica, i viaggi, i medicamenti, ecc., agisce indubbiamente la continua influenza psichica del medico e segnatamente una benefica attività adatta alla capacità personale, la quale sollevi le forze e la fiducia in sè. In alcuni casi il trattamento ipnotico rende buoni servigi, poichè allontana alcuni fenomeni morbosi e specialmente il dolore e l'insonnia. Esso deve esser continuato per lungo tempo, per quanto con interruzioni, perchè l'ammalato impari, dopo che i suoi mali sono stati mitigati, a trovare l'aiuto ultimo decisivo in sè stesso.

C. — *Lo stato di eccitamento costituzionale.*

Dal gran numero di stati degenerativi vorrei distaccare per la prima volta un piccolo gruppo di casi, il cui carattere comune è costituito da una durevole, *leggera eccitazione psicomotoria.* L'intelligenza degli ammalati suole esser mediocre, talvolta anche abbastanza buona. Pure di solito essi acquistano solo cognizioni scarse e specialmente incomplete, disparate, poichè essi non mostrano alcuna perse-

veranza nello studio, sono estremamente deviabili e cercano in ogni modo di sottrarsi all'obbligo di una istruzione psichica ordinata per occuparsi di svariate cose secondarie. Essi non di rado posseggono un'ottima facoltà di percezione e rammentano molti particolari senza difficoltà. Solo il loro concetto della vita e del mondo rimane superficiale, l'elaborazione psichica delle esperienze scarsa e confusa, il ricordo di avvenimenti precedenti fugace, a colorito unilaterale, e falsificato da numerose aggiunte personali. Il corso doi pensieri è instabile, interrotto, senza meta, il giudizio precipitato e superficiale. Gli ammalati si preoccupano poco del loro passato, del loro ambiente, della loro posizione, del loro avvenire e soprattutto non sentono il bisogno di rendersi ragiono degli avvenimenti e di formarsi un concetto proprio della vita.

L'*umore* degli ammalati è durevolmente elevato, senza preoccupazioni. Essi posseggono un alto concetto di sè, hanno una stima molto elevata della propria capacità e delle loro opere, si vantano con spiccata esagerazione. Ad essi manca completamente il senso della imperfezione morbosa delle loro disposizioni; piuttosto sono sicuri di essere molto superiori alle porsone del loro ambiente e attendono con sicurezza di far fortuna con i loro talenti speciali. Verso gli altri essi si mostrano superbi, presuntuosi, eccitabili. Mostrano poca compassione per i dolori altrui, deridono, scherniscono, maltrattano coloro ai quali si credono superiori. Ad ogni contraddizione possono diventare volgari ed aspri; ma alcune volte sopportano gravi rimproveri ed offese con notevole indifferenza, senza sentirne la mortificazione. In generale sono disposti agli scherzi, anche a mettere in burla sè stessi, ai passatempi d'ogni specie, ad ogni sorta di tiri, si adattano con facilità a condizioni nuove, ma presto desiderano di nuovo modificazioni o cambiamenti. Di tempo in tempo si ha anche transitoriamente una disposizione di animo triste ed anche angosciosa.

Nella *condotta* e nelle *azioni* degli ammalati si notano soprattutto una certa instabilità ed una certa irrequietezza. Essi sono facilmente accessibili, comunicativi, spesso loquaci, ma non si può aver fiducia nelle loro risoluzioni sempre instabili. In conseguenza di ciò la loro vita e d'ordinario una sequela di azioni irriflessive, strane, non raramente insensate o pericolose. Già in iscuola essi parlano inopportunamente, sono trascurati, sono sempre i caporioni di tutte le biricchinate; essi tralasciano la scuola, scappano, devono cambiare istituto di educazione, falliscono in ogni esame a causa della loro avversione per uno studio profondo e perseverante. Sopportano molto male la disciplina militare, trascurano la pulizia e l'ordine, tornano in caserma dopo che è già scaduto il

permesso; non adempiono il servizio, si ribellano e vengono spesso puniti, se non sono riconosciuti ammalati. Una parte importante ha in tutto ciò lo stimolo sessuale che si risveglia presto e in modo molto vivace e li conduce a sregolatezze; anche maggiore è l'influenza dell'alcool, al quale essi sogliono abbandonarsi senza resistenza.

Più tardi vengono tentati vari espedienti per raggiungere una qualsiasi posizione, ed in ciò essi dimostrano spesso abilità, ma non perseveranza. Essi cambiano, senza sufficienti motivi, professioni e impieghi, cominciano sempre qualche cosa di nuovo, fabbricano grandi progetti ai quali rinunciano dopo breve tempo, ricorrono ad ogni sorta di espedienti e spendono nel bere e nei divertimenti ciò che posseggono. Spesso si accingono a lavori a cui essi non sono adatti, si adornano di titoli ampollosi che loro non spettano, cercano di procurarsi considerazione con le ostentazioni e le fanfaronate. Talvolta è molto caratteristica la mancanza di scopo del loro modo di procedere, che indica chiaramente quanto poco l'interno impulso all'azione venga tenuto a freno dalla riflessione. Uno dei miei ammalati fece stampare, pagando un prezzo alto, vistose *réclame* di diversi prodotti chimici, le spedì per tutto il mondo, concluse contratti di fornitura, sebbene egli, precedentemente negoziante di mode, non comprendesse nulla di chimica, preparasse i prodotti su un comune fornello di cucina e non fosse assolutamente in grado di fornire la quantità di prodotti richiesti. Egli diceva di aver voluto vedere se si sarebbero presentati compratori prima di intraprendere realmente la produzione.

In tal modo gli ammalati subiscono di solito dissesti finanziari. Quando i loro mezzi sono esauriti cominciano a contrarre debiti, a fare cambiali, a commettere truffe e raggiri. Le loro grandi speranze per l'avvenire, una invenzione quasi compiuta, un posto che li attende, la loro conoscenza di persone altolocate, un prossimo ricco matrimonio, un titolo adatto, devono servire a elevare il loro credito. Alle rimostranze essi asseriscono irritati che essi sono pienamente nel loro diritto, che non avevano la menoma intenzione d'ingannare, che saranno piuttosto presto in istato di soddisfare a tutte le loro obbligazioni. Immediatamente dopo la punizione ricomincia l'antica vita, finchè finalmente, spesso solo dopo diecine di anni, viene riconosciuta la base morbosa di questa condotta strana e dissipata.

Io penso che i punti di contatto di questo quadro morboso con i lievi stati ipomaniaci siano innegabili. Solo in tali casi l'eccitazione è ancora più debole e non decorre in accessi di limitata durata, ma è una *caratteristica personale stabile*.

Certo in alcuni casi essa aumenta transitoriamente fino allo stato delirante; in altri ammalati si notano lievi oscillazioni periodiche con aumento di eccitabilità ed indisciplinatezza; infine si osserva talora umore angoscioso, con indefinite idee di persecuzione. Tutte queste osservazioni dovrebbero spingerci a credere che in questi casi noi abbiamo da fare con una durevole alterazione dell'equilibrio psichico, che forma lo stato prodromico della eccitazione maniaca, così come la depressione costituzionale viene considerata lo stato preliminare della depressione circolare. Noi ricordiamo qui l'osservazione che anche negli intervalli della psicosi maniaco-depressiva non di rado sussiste una lievissima eccitazione analoga. Si può quindi, se vuolsi, parlare tanto là come qui di una mania « cronica » o « costituzionale ».

Le forme più lievi dell'alterazione conducono a certe tendenze personali, che rimangono ancora nel campo della normalità, e che riscontriamo più frequentemente nelle famiglie nelle quali si hanno casi isolati di psicosi maniaco-depressiva. Si tratta di personalità brillanti, ma con talento non equilibrato, che ci affascinano con la mobilità dello spirito, con la versatilità, la ricchezza delle idee, la fresca accessibilità e il desiderio di intraprese, la capacità artistica, l'umore allegro e festoso; ma che contemporaneamente ci maravigliano per una certa irrequietezza, per la loquacità, l'instabilità nella conversazione, l'esagerato bisogno di compagnia, la bizzarria e la determinabilità, la mancanza di fermezza e di perseveranza nel lavoro, l'inclinazione a far progetti e castelli in aria. Di tempo in tempo si hanno anche periodi di abbattimento e di pusillanimità ingiustificate, che si attribuiscono generalmente ad avvenimenti esteriori, a eccesso di lavoro, a delusioni. Questo fatto insieme al fatto che noi molto spesso vediamo genitori, fratelli, o figli finire col suicidio in un momento di depressione o ammalare di psicosi maniaco-depressiva, mi fa supporre che talvolta una tonalità emotiva nei consanguinei così fortemente sviluppata, sia solo il primo stadio psicopatico della eccitazione maniaca.

Certo una serie di casi che noi abbiamo qui descritti come casi di « eccitamento costituzionale » vennero spesso ascritti alla pazzia morale. È certo che esiste anche in questi casi una accentuata incapacità morale, oltre a mancanza di padronanza di sè, a insufficiente sviluppo di sentimenti e principi morali, inclinazione all'ozio ed alle sregolatezze. Però mi sembra che in questo gruppo lo stato d'animo durevolmente elevato, la deviabilità, la irrequietezza, l'impulso sempre infruttuoso all'azione, infine le più acute alterazioni che si presentano di quando in quando, come gli speciali rapporti ereditari, rivelino una più stretta af-

finità con la psicosi maniaco-depressiva e con ciò giustifichino l'interpretazione precedentemente esposta. In contrapposto a ciò mancano l'ottusità e il rozzo egoismo, come pure i cattivi impulsi che noi sogliamo ascrivere alla pazzia morale. Gli ammalati della forma che abbiamo descritto sono più sfrenati, leggieri, eccitabili, e per ciò difficili a trattare, ma nell'insieme buoni, innocui e per nulla imbecilli morali. Noi impareremo a conoscere più tardi altre forme di predisposizioni psicopatiche per le quali è assai più adatta una tale denominazione.

Gli individui affetti da questa forma di eccitazione costituzionale oppongono per lo più al *trattamento* notevoli difficoltà. Siccome ad essi, proprio come ai maniaci, manca ogni traccia di senso di malattia, sogliono ribellarsi assolutamente ad ogni tentativo di azione medica. Pure ad alcuni di essi è necessario togliere la libertà per un tempo più o meno lungo, perchè non cadano in gravi conseguenze o siano sottoposti a misure di sorveglianza speciale. Con una guida ferma ma affettuosa, e specialmente con una protezione sufficiente contro le sregolatezze sessuali ed alcooliche, questi infermi possono, purchè non siano inaccessibili ad ogni influenza, essere adatti per la meno ad una utile attività, ma rimangono sempre infedeli e variabili, e possono divenire una seria calamità e un serio pericolo per coloro che debbono averne cura.

D. — *La pazzia coatta* (1).

Con questo nome abbreviato noi vogliamo indicare quelle forme di pazzia degenerativa nelle quali rappresentazioni e timori coatti dominano il quadro morboso (« Anankasmus »). Anche qui la capacità psichica degli ammalati può essere sufficiente ed anche eccellente. Essi conservano durevolmente uno spiccato senso della malattia e per lo più si rendono conto molto chiaramente della morbosità delle singole alterazioni. Al primo sguardo dunque la malattia che viene risentita dallo stesso infermo come una coazione tormentosa, può far l'impressione di una malattia circoscritta; da una osservazione piu esatta risulta però che le profonde radici del male si trovano nella predisposizione complessiva dell'ammalato, che di regola i primi accenni

(1) Westphal, *Archiv f. Psychiatrie*, VIII, 737; Thomsen, idem, XXVII, 319; Kaan, *Der neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang*, 1893; Gadelius, *Om Tvangstanhar och dermed beslagtede Fenomen*. 1896; Mercklin, *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, XLVII, 628; Tuczek, *Berl Klin Wochenschr.* 1899, 6.

delle sofferenze rimontano ad un'epoca in cui nessuno pensava alla possibilità di una malattia psichica. Generalmente sono le depressioni emotive che preparano un terreno favorevole per il primo insorgere dei fenomeni morbosi. Non di rado gli ammalati offrono precisamente, a tratti più o meno chiari, il quadro della depressione-costituzionale descritta nel capitolo precedente.

La configurazione dei singoli quadri morbosi offre grande varietà. Pure la profonda unità clinica di tutti questi svariati quadri morbosi risulta chiaramente dalla circostanza che certi caratteri fondamentali, anche se in un aggruppamento vario, ricompariscono sempre e che non di rado ha luogo una evoluzione dall' una all'altra forma di pazzia coatta. È perciò impossibile il separare nettamente le une dalle altre le innumerevoli forme della malattia. In generale si possono delineare tre grandi domini di fenomeni coatti, i quali si distinguono certo meglio psicologicamente che clinicamente. Nel primo gruppo si tratta di rappresentazioni tormentose a contenuto più o meno penoso; Janet parla qui di « manie mentali ». Il secondo gruppo di alterazioni abbraccia le cosidette « fobie », gli intensi timori di qualche cosa di spiacevole. Da queste si possono poi sviluppare (terzo gruppo) le « impulsioni », i supposti impulsi ad azioni temute. In realtà non si tratta certamente di impulsi immediati, ma di quell'incitamento che deriva dalla paura.

Il senso dell'ansioso malessere che accompagna tutti questi fenomeni morbosi e ne forma la base comune, si manifesta d'ordinario in una serie di alterazioni psicogene. Non mi sembra improbabile che la sensazione più innanzi menzionata di « sentirsi estraneo », sia solo una particolare espressione dell' angoscia segreta, che altera il normale funzionamento dei sensi all'ammalato e influenza la chiara percezione del mondo esteriore. Noi troviamo molto spesso la sensazione di non comprender più nulla, di non poter più seguire una conversazione, una conferenza, nè afferrare il senso di quanto vien letto. Si giunge quindi ad una infinita ripetizione delle stesse penose serie di pensieri, che non lasciano riposo all'ammalato e diventano tanto più irresistibili quanto più egli cerca di difendersene. Janet indica molto esattamente questa alterazione, che si presenta dappertutto, come « ruminazione » psichica. A ciò si aggiunge quindi ogni sorta di sensazioni fisiche spiacevoli e quell'effetto generale sulla musculatura che si verifica anche nella vita normale; debolezza paralitiforme, svenimenti, palpitazione, rossore, pallore, diarree, malessere, in alcuni casi anche vomito. Inoltre l'angoscia conduce all'intervento della volontà in processi che altrimenti decorrerebbero involontariamente e che perciò vengono turbati e alterati

in modo vario. Infine si sviluppano negli ammalati anche quei particolari « atti di protezione » o « di difesa » che stanno in un certo rapporto di contenuto con la loro ansia e che in un modo qualsiasi servono ad alleggerire e ad allontanare la tensione interna.

Nella esposizione dei fenomeni clinici principali della pazzia coatta noi prenderemo a punto di partenza le rappresentazioni coatte semplici, che s'impongono all'ammalato contro la sua volontà ed influenzano in tal modo la libera attività del corso ideativo. Talvolta esso hanno per se stesse un contenuto indifferente o per lo meno non eccitante; la parte penosa del processo consiste solo nella frequente ripetizione. Io conobbi un medico al quale in ogni occasione si presentava tormentosamente la rappresentazione di un cesso. Qua e là queste rappresentazioni si collegano a quadri allucinatorii che si presentano all'ammalato con grande chiarezza sensoriale. Lowenfeld riferisce di una ammalata che vedeva sempre dinanzi a sè una gigantesca mano di spettro, della quale aveva letto in un romanzo. Anche melodie, odori, possono perseguitare in simil modo l'ammalato. Particolarmente penose diventano queste rappresentazioni quando assumono un contenuto sudicio e specialmente sessuale. Così parecchi ammalati si sentono costretti a portare la loro attenzione sulle regioni genitali delle persone del loro ambiente, a rappresentarsi queste persone nude, in posizioni oscene. Altri debbono dipingersi sempre brutte situazioni, immagini vizioso.

In un secondo gruppo di casi il disturbo prevalente si manifesta col dover pensare sempre a determinate cose. Più di sovente esso si collega ai nomi di persona (Onomatomanie) (1), i quali offrono abbastanza spesso difficoltà anche agli individui sani. Gli ammalati si sentono costretti a richiamarsi alla memoria un nome qualsiasi che hanno letto nel giornale, o in un'insegna, o udito per caso. Appena non possono ricordarlo ci pensano giorni intieri, perdono il sonno e fanno gli sforzi più disperati per giungere allo scopo in un modo qualsiasi. Questa insopportabile tensione sparisce soltanto, ed allora istantaneamente, appena il nome ritorna loro alla memoria. Anche nella vita sana noi conosciamo a sufficienza accenni di questo stato penoso. Ma l'ammalato è spinto sino a scrivere tutti i nomi che gli capitano dinanzi. Così una delle mie inferme scarabocchiò l'intera parete del riparto con i nomi di persona che non avevano con lei alcun rapporto, per poterli ritrovare facilmente quando ne sentiva il bisogno. Infine pa-

---

Magnan, *Leçons de clinique des maladies mentales.*

recchi ammalati si sentono costretti a informarsi del nome delle persone che incontrano, che passano loro dinanzi in carrozza per scriverli nei loro quaderni; altri all'incontro camminano per le strade con gli occhi bassi per non vedere le targhe, non notare i nomi; essi si ritraggono perfino dalla compagnia degli altri uomini. Talora si verifica anche che gli ammalati sono costretti a ricordare volti, abbigliamenti, colore dei capelli di persone estranee. Baillarger racconta di un ammalato il quale ogni volta che vedeva una donna si sentiva costretto a rendersi conto se essa fosse bella o brutta e faceva anche un viaggio per riparare ad una trascuranza a questo riguardo.

Materia abbondante per i pensieri coatti suole essere inoltre data dai numeri (Aritmomania). Gli ammalati devono sempre occuparsi del numero della loro vettura di piazza, della loro camera, devono esaminare se e per quali cifre esso è divisibile; essi contano in maniera coatta le persone di una *table d'hôte,* i coltelli, i piatti, i bicchieri che sono sul desco, le tavole di un ponte, le figure della carta con cui sono tappezzate le pareti. Noi sappiamo anche da grandi calcolatori (Dahse) che essi dovevano contare in modo coatto tutti gli oggetti che capitavano dinanzi ai loro occhi, le parole di una tragedia, le sillabe di una poesia udita; che dovevano eseguire con tutte le cifre cho si presentavano alla loro mente conti estesissimi senza poterne fare a meno. Magnan racconta di un ammalato che aveva mangiato 20 ciliegie e siccome ritrovava solo 19 noccioli, frugò colla più grande eccitazione, dapportutto e perfino nelle proprie feci finchè egli non vi trovò il nocciolo mancante e solo allora si tranquillizzò.

Non di rado le rappresentazioni coatte assumono la forma di interrogazioni, le quali si collegano ad una qualsiasi impressione. Già fra gli individui sani noi osserviamo la tendenza di certe persone a discutere subito su qualunque avvenimento, come esso abbia potuto aver luogo. Uno dei miei ammalati cominciò a riflettere sulla provenienza di un biglietto d'augurio per il nuovo anno; poi furono notizie indifferenti di giornali che egli « doveva esaminare a fondo » per comprendere che cosa significasse questo o quello, di che male fosse morto questi o quegli; egli sentiva « di dover sapere tutto ». In tal modo possono talvolta insorgere, in forma di veri accessi, domande numerose, inutili, irresolubili e perfino sciocche, che l'ammalato si sforza invano di reprimere. Il contenuto di queste questioni prende non di rado un indirizzo generale, metafisico e riferentesi specialmente alla provenienza e allo sviluppo delle cose *(domande sulla creazione)* e formando con esse una lunga catena. Che cosa è Dio? Come è Egli? Da

dove è venuto? Vi è innanzi tutto un Dio? Come sono sorti il mondo, l'uomo? Uno dei miei ammalati provava, specialmente quando era fuori di casa, il bisogno di riflettere « sull'infinito, poichè tutto lo opprimeva ». Talvolta sono oggetti qualsiasi dell'ambiente, sui quali cade lo sguardo, che forniscono il punto di partenza per le domande coatte: « Perchè questa sedia sta così e non così? Perchè la si chiama appunto sedia? Perchè essa ha quattro gambe, nè più, nè meno? Perchè è scura, perchè non è più alta, nè più bassa? Questa forma viene generalmente indicata con il nome di *mania metafisica* e *del perchè* (1). GRASHEY ci ha ricordato che un'analoga smania di domandare suole riscontrarsi anche in alcune epoche dello sviluppo della vita psichica dei bambini, come l'espressione della insaziabile avidità di sapere. Noi possiamo inoltre ricordare che il desiderio di rendersi chiaramente conto dell'essenza delle cose è in sè l'ultima molla di ogni lavoro intellettuale. Quello che gli imprime qui il carattere patologico è l'impossibilità a giungere ad una conclusione qualsiasi, essendo essa impossibilità determinata non solo dal contenuto insensato delle domande stosse, ma sopratutto dal senso, durevolmente esistente, di una incertezza ansiosa. Questo sentimento può calmarsi in un singolo punto, ma esso ricompare ostinatamente, poichè la materia è inesauribile; può rimanere spesso vinto da innumerevoli considerazioni e confutazioni, ma dalla lotta egli attinge sempre nuova forza. Uno dei miei ammalati dubitava continuamente della fedeltà della sua memoria, dal momento in cui gli fu rimproverato di aver mentito. In conseguenza di ciò egli durante la lettura si sforzava incessantemente ad imprimersi tutto nella mente con grande esattezza, non finiva mai la prima pagina, rimaneva le intere notti a lavorare, poichè doveva ripetere tutto un numero infinito di volte. Nell'incontrare i conoscenti veniva tormentato dal pensiero di non riconoscerli forse bene, di non ricordare nè dove li aveva visti l'ultima volta, nè che cosa si erano detti. Perciò li schivava, cercava di evitare il saluto e la conversazione, ma era sempre tormentato dal pensiero di fare dappertutto cattive figure, di essere ritenuto sciocco e disadatto, trattato male e non invitato.

Questa incertezza interna riveste molto spesso una forma che rassomiglia esteriormente alla « mania di peccato ». Il sentimento generale della propria insufficienza produce negli ammalati, nei modi più varii, l'idea che essi abbiano trascurato o non fatto bene qualche cosa.

(1) GRIESINGER, *Archiv f. Psychiatrie* I, S. 626; BERGER, idem VI, S. 217.

Perfino nelle funzioni fisiche, come nel defecare e nell'orinare, manca la sensazione del completo adempimento della funzione, l'ammalato si sente costretto a ripetere gli sforzi, sebbene infruttuosamente.

In ogni conversazione e specialmente quando vi sono motivi importanti, insorge nell'ammalato l'idea di non essersi forse spiegato chiaramente, di venire frainteso. Egli si accinge quindi a spiegare con maggiore precisione e per iscritto questa o quella delle sue manifestazioni, ma appena la lettera è partita si eleva di nuovo il dubbio se si sia o no allontanato ogni malinteso. A ciò si aggiunga lo svilupparsi di una penosa sincerità, che costringe l'ammalato a dir sempre ed in ogni circostanza la verità ed a rinunziare anche alle piccole bugie di società. Ogni parola viene rigirata per lungo tempo, finchè non esiste più alcuna possibilità di una falsa interpretazione e non si possa più credere all'intenzione di un'ambiguità. Certo l'ammalato in séguito scopre sempre nuovi punti in cui gli si sarebbe potuto far rimprovero di inesattezza, di incertezza. Egli dubita di aver fatto uso di espressioni offensive, di aver detto qualche cosa di sconveniente o di ambiguo; fa perciò leggere continuamente ad altri le sue lettere ed in ogni discorso chiama testimoni che può interrogare più tardi.

Ogni decisione in cui vi sia responsabilità diventa perciò per esso una sorgente di tormenti dolorosissimi. Il contatto con i tribunali specialmente fa aumentare di molto le sofferenze. Io conobbi un ammalato il quale in seguito ad un interrogatorio come testimonio venne colpito da un lungo e grave stato di depressione; egli mi assicurava che si sarebbe piuttosto fatto imprigionare che sopportare un'altra volta un simile tormento. Uu altro non potè prestar giuramento al tribunale, poichè, in vista dell'importanza della sua deposizione, si eccitò enormemente. Un giudice era sempre perseguitato dal timore che un mandato di cattura non fosse stato sospeso per inavvertenza: egli doveva di continuo convincersi personalmente che quei prigionieri erano stati realmente rilasciati. A questa è molto affine l'idea che insorge qualche volta, di aver promesso qualche cosa che ora deve accadere. Una delle mie ammalate era costretta a « dichiarare » continuamente, durante il suo lavoro, di non aver promesso di eseguire questa o quella cosa. Altri si sentono spinti a stabilire ed a limitare le loro azioni quotidiane future per mezzo di giuramenti e di altri mezzi impegnativi.

Ogni rapporto con la proprietà di estranei suole sollevare gravi tempeste dell'animo. Gli ammalati forniscono i loro ombrelli, cappelli, mantelli di segni molto visibili per non scambiarli inavvertitamente con

quelli appartenenti ad altri, e malgrado ciò temono sempre che qualcun altro abbia potuto adoperare gli stessi segni loro. Nel pagare osservano ogni moneta con la più grande esattezza per assicurarsi che essa non sia falsa o deteriorata; a ciò si aggiunge più tardi il dubbio che il venditore abbia dato un resto maggiore di quel che doveva e sia rimasto così danneggiato. Soprattutto temono che il denaro non sia stato guadagnato in modo completamente onesto. L'ammalato è tormentato continuamente dal pensiero di possibili soperchierie da lui commesse a scapito di altri, mentre sopporta con indifferenza il proprio danno, lo cerca anzi accuratamente per soffocare nel loro sorgere i suoi rimorsi segreti. Ad uno dei miei ammalati caddero dalla tasca alcune monete. Nel raccoglierle venne preso dal pensiero che forse un altro poteva aver perduto in quel luogo del denaro che egli ora si appropriava indebitamente, e non fu tranquillo finchè non regalò ai poveri l'intera somma. La sfera dei sentimenti religiosi è estremamente colpita. Gli ammalati sono tormentati dal pensiero di non essersi confessati a dovere, di non aver fatta la comunione con il cuore completamente puro.

Non di rado si osserva anche il timore di d struggere o di portar via di nascosto qualche oggetto di valore. Una signora che io conoscevo era perseguitata dall' angoscia di gettare nel fuoco o di lacerare lettere importanti e in ispecie testamenti; essa credeva perfino di averlo fatto molte volte. In conseguenza di ciò essa aveva un orrore invincibile per tutte le carte e per fino per i libri stampati. Conservava accuratamente ogni pezzettino di carta e si sentiva tranquilla solo dopo avermelo consegnato. Essa era frattanto completamente lucida e cosciente, libera da qualsiasi altra idea delirante, sebbene per natura poco intelligente. Un altro ammalato si accorse durante il servizio divino che dal suo libro di preghiere era caduto un foglietto che egli raccolse e mise in tasca. Subito dopo pensò alla possibilità di aver raccolto insieme al foglietto, per inavvertenza, un pezzetto di ostia. Questa idea si risvegliava ogni qual volta egli metteva lo stesso abito da lui indossato quel giorno, più tardi anche quando indossava altri abiti che erano stati appesi nello stesso armadio. Era possibile che piccole parti del pezzettino d'ostia nel rivoltare e spazzolare le tasche, fossero penetrate anche negli altri vestiti. Le parole convincenti di un sacerdote poterono apportare la calma solo per un breve tempo. Anche altri temono di portar via nei capelli, nella polvere delle vesti, nel fango dei tacchi delle scarpe, qualche oggetto prezioso.

In alcuni casi questi timori assumono un contenuto abbastanza insensato. Gli ammalati, malgrado sappiano il contrario, non possono li-

berarsi dal pensiero di esser stati causa di una sventura, di una morte, di un raccolto andato a male; di aver commesso un delitto qualsiasi. Essi temono di aver potuto uccidere qualcuno. Una ammalata mi raccontò di aver appiccato un incendio, di aver somministrato il veleno al nonno, di non essersi confessata come avrebbe dovuto, di aver dato promessa che i suoi figli futuri sarebbero entrati in monastero. Essa non sapeva bene se tutto ciò era vero, ma era possibile che questo fosse successo. Un ufficiale credeva di far sempre proposte immorali ai suoi soldati e spiava tutto il giorno se fosse possibile che i pensieri dolorosi che insorgevano in lui venissero uditi da qualcuno, se egli non li esprimesse involontariamente ad alta voce. Un'ammalata di Donath non poteva liberarsi dal timore di abbandonarsi sessualmente ad un estraneo qualsiasi e portava perciò un paio di mutande di lino molto aderente, provvisto di una serratura che non le permetteva neanche di orinare, in modo che essa era obbligata a raccogliere l'orina in un pannolino.

Come si rileva da questi esempi, la forza con cui questi pensieri coatti soggiogano la intera mentalità, è straordinaria. Uno dei miei ammalati era tormentato dall'idea di aver strozzato qualcheduno, rotolato pietre sui binarii, strappato i binarii e fatto così deviare un treno; egli credeva anche di aver reso incinta una donna spargendo sbadatamente lo sperma. Durante una indisposizione, che a lui sembrò subito l'avvicinarsi della morte, sentì il grande bisogno di confessare tutti i suoi delitti. A ciò si collegò il pensiero che tutti si sarebbero scagliati contro di lui, e che egli per prevenire ciò, si sarebbe infuriato ed avrebbe strozzato, poichè tutto era ormai *noto*. Malgrado il senso evidente della malattia egli non era sempre in grado di correggere i suoi pensieri insensati, poichè doveva pur credere ai propri occhi ed ai propri ricordi. Egli raccolse perciò assicurazioni scritte da varie persone che egli non aveva commesso alcun delitto, le lesse in preda all'angoscia e le imparò a memoria.

L'intero gruppo dei fenomeni qui brevemente descritti suole essere indicato, seguendo il procedimento di Legrand du Saulle (1) come « follia del dubbio » (folie du doute). Talvolta i dubbi si elevano solo per alcune cose; nei casi gravi essi possono accompagnare continuamente l'intero corso delle occupazioni quotidiane. L'ammalato non avrebbe dovuto bere il bicchier d'acqua, quella data pietanza gli ha forse fatto male, o il prendere quella medicina ha impedito la sua guarigione.

---

(1) Legrand du Saulle, *La folie du doute*. 1875.

Se non fosse partito di casa sarebbe stato meglio, così forse là è successa una disgrazia, qualcuno si è ammalato, è scoppiato un incendio. Infine diventa per lui impossibile di raggiungere la tranquillità perfetta di avor realmente chiuso bene una porta, suggellata una lettera spedita, di non averla scambiata con un'altra, di aver dato o seguito esattamente un incarico, di aver spento accuratamente tutti i lumi, ecc.

In relazione con i timori coatti si sviluppa di regola in questi ammalati una certa irresolutezza e mancanza di volontà, poichè ad ogni passo essi vengono arrestati nell'esecuzione delle loro decisioni dall'insorgore di dubbi. Nello stesso tempo si manifesta necessariamente una difficoltà sempre crescente in tutte le azioni della vita quotidiana. L'ammalato, per mezzo di ogni sorta di segni, di gesti *conclusivi*, di note scritte e di simili artifici, cerca di mantenere durevolmente la possibilità di un esame retrospettivo di tutte le azioni importanti compiute, senza trovare però la vera tranquillità, poichè egli potrebbe essersi sbagliato. Si assicura ripetutamente di aver ben chiuso le serrature, riapre la busta per vedere se vi ha messo dentro la lettera che doveva, se ha dimenticato la firma o la data, conta dieci, venti volte una somma prima di consegnarla, di notte fa la ronda per casa per convincersi che in nessun luogo arde ancora una scintilla, che nessun ladro vi è entrato di soppiatto. Spesso ogni faccenda deve essere ripetuta coattamente più volte, prima che l'ammalato acquisti la calma.

Un rimedio speciale per dominare le idee incoercibili, consiste nello stabilire de' rapporti che hanno carattere superstizioso. Gli ammalati inventano alcune frasi protettrici completamente insensate, e col pronunziarle a voce bassa o alta possono allontanare il dubbio, ma certo sempre per breve tempo. Oppure fanno abitualmente alcuni movimenti ai quali attribuiscono un significato simbolico, come tossire lievemente, far cenni col capo, urtare il piede, sollevare le braccia. Siccome questi movimenti difensivi possono ripetersi quasi continuamente, la condotta dell'ammalato acquista in alcuni casi un'impronta assai strana. Questa alterazione ha radice in noti *movimenti protettivi*, superstiziosi (scongiuri) degli individui sani, come lo sputare, farsi il segno di croce, battere sotto il tavolo e inoltre nelle cousuetudini corrispondenti e diffuse dei popoli primitivi.

L'angosciosa incertezza che nella follia del dubbio costringe gli ammalati a ripensare continuamente alle loro azioni precedenti con le loro possibili conseguenze, può avvelenare ad essi anche il presente e l'avvenire. È facile comprendere quali stati di angoscia si presentino allorquando gli ammalati hanno rivolta *su di sè l'attenzione*

generale, specialmente in discorsi pubblici, in processi giudiziari, in lezioni. Essi temono di dire cose molto sciocche, di impappinarsi. Ogni contatto con estranei diventa causa dell'insorgere di sensazioni penose; essi non vogliono esser guardati, nè vogliono discorrere con alcuno, nè sedere di rimpetto ad alcuno nei *trams*. A questi stati corrisponde l'influenza paralizzante che « l'imbarazzo » suole esercitare sulla sicurezza delle azioni che si compirebbero altrimenti con la massima facilità, sino alla completa scomparsa di ogni idea che talvolta interrompe penosamente all'improvviso l'oratore poco pratico nella foga della sua *eloquenza*. Tali ammalati diventano incerti e disadatti, poichè non possono essere disinvolti, ma debbono sempre pensare all'impressione che essi fanno sugli altri. Essi debbono specialmente combattere le più gravi difficoltà per esporsi ad un esame. Sebbene essi siano forse già da lungo tempo completamente padroni della materia, la febbre dell'esame li costringe a dedicare, nel modo più insensato, giorni e notti all'ultima preparazione; appena però giunge il momento decisivo l'angoscia diventa così forte che essi dimenticano ogni considerazione e si ritirano improvvisamente. Così parecchi giovani pieni di talento, con simili predisposizioni, naufragano in modo a prima vista incomprensibile, nello scoglio di un timore morboso dell'esame. Io ho avuto ripetutamente occasione di ricondurre questi ammalati con l'aiuto di un'influenza semplice o ipnotica, attraverso la via dei penosissimi esami, nel tranquillo cammino di una regolata attività professionale. Nei gradi più avanzati della malattia, gl'infermi se si sanno osservati non sono in grado di scrivere, di camminare, di mangiare, di orinare, mentre non presentano alcun'altra alterazione nella condotta. Un impiegato postale viveva nel continuo timore di perdere il suo impiego, perchè se qualcuno lo osservava non era più in grado di scrivere il suo nome; del resto egli era molto felice e libero da qualsiasi preoccupazione.

A questi stati si avvicina assai il *timore di arrossire* (1) (Eritrofobia). Gli ammalati arrossiscono con estrema facilità e cadono così in un imbarazzo che aumenta sempre più le loro sofferenze. Per ogni motivo, se qualcuno entra nella stanza, se il loro nome viene pronunziato, se si parla di avvenimenti dolorosi, il sangue sale loro al viso. A ciò si collega il timore che a causa del loro rossore si possa credere che essi si sentano colpevoli di aver preso parte ad un

(1) Friedlænder, *Neurol. Centralblatt* 1900, 848.

furto, ad un'immoralità, di cui appunto si parlava, che soprattutto la loro coscienza non sia tranquilla. La loro incertezza nelle relazioni con le persone dell'ambiente aumenta perciò non di rado fino a diventare misantropia e noia della vita. Nell'oscurità, in presenza di amici intimi o di medici, il rossore non ha luogo.

Parecchi ammalati non possono liberarsi dal pensiero di avere in sè stessi qualche cosa di marcato o di ridicolo, come un naso di forma speciale, le gambe storte, di tramandare un odore sgradevole, richiamando così l'attenzione e le beffe di quelli che incontrano e diventando spiacevoli alle persone del loro ambiente. Un medico durante l'esame dei suoi ammalati, veniva disturbato nel modo più sensibile dalla supposizione che a questi ripugnasse essere guardati da lui. Uno dei miei infermi si era messo in testa di essere stato visto da una casa dirimpetto durante l'onanismo; anche in altri luoghi non poteva liberarsi dal timore che lo si guardasse per questo motivo e si facessero osservazioni su di lui, sebbene egli stesso comprendesse completamente l'insensatezza di queste idee. Altri temono di comportarsi in modo sconveniente, di venir osservati mentre si trovano nella ritirata, o sorpresi in situazione penosa dal bisogno di orinare; di essere infastiditi da un ubbriaco; essi infine hanno paura dei loro stessi timori, che pregiudicano in alto grado la libertà dei loro movimenti. Ad alcuni l'andar di corpo sembra così vergognoso da causar loro angustie; essi cercano perciò di evitarlo per quanto è possibile e limitano il loro bisogno di nutrirsi.

A questo stesso gruppo di alterazioni appartiene *l'angoscia del vestirsi* che talvolta è stata osservata. Come l'individuo sano qualche volta si sente a suo agio in un abito nuovo, così insorge qui, specialmente non la prima volta che s'indossa un vestito, un vivo malessere che si può collegare a determinate sensazioni fisiche. Gli ammalati trovano sempre che le maniche stringono troppo, che il corpetto non istà perfettamente bene, che la scarpa è troppo corta, ma malgrado innumerevoli cambiamenti il difetto non scompare, in modo che gli ammalati giungono infine a non potere più sopportare un oggetto di vestiario nuovo, debbono pensare continuamente ad esso e respirano solo quando indossano gli abiti abituali. In alcuni casi si giunge al punto che gli ammalati, quando i loro abiti sono troppo consumati, considerano il restare a letto per lungo tempo come l'unico rimedio possibile, sebbene essi si rendano completamente conto del ridicolo di questo espediente.

Seppure tutti questi fenomeni si presentano come esagerazioni morbose di quel sentimento tenue e adatto al fine che accompagna

continuamente anche le azioni degli individui sani, noi in alcuni timori di contenuto superstizioso, ci troviamo dinanzi a modificate manifestazioni delle *tendenze mistiche* dell'uomo. In modo corrispondente al timore così diffuso del numero 13, alle disgrazie temute dall'incontro con vecchie, ecc. noi, osserviamo negli ammalati l'angoscia per certi oggetti, per certi giorni della settimana, o parole, o colori e specialmente numeri, come anche l'idea di apportare disgrazia compiendo o tralasciando una data azione. Naturalmente essi sono costretti da queste preoccupazioni a prendere ogni sorta di precauzioni di sicurezza. Anche qui si giunge ad una specie di « patto » col destino, ad abitudini originali che procurano all'ammalato la calma, anche se egli ne riconosce bene l'insensatezza. A ciò appartiene la ripetizione, o l'omissione apparentemente insensata, di azioni indifferenti, l'accurata eliminazione o pronunzia di alcune cifre o parole, l'esecuzione di determinati movimenti in se stessi senza scopo, il mantenere lo stesso ordine di successione in certe occupazioni, l'entrare sempre con un dato piede, il tenere forzatamente in considerazione presagi appresi o di propria invenzione.

Il sentirsi bene o male fisicamente produce le oscillazioni emotive più potenti. Parecchi ammalati provano nel loro corpo ogni sorta di intense sensazioni che li inquietano. Specialmente nell'addormentarsi il capo sembra loro gigantesco, le braccia ed il corpo appaiono rattrappiti; anche gli oggetti nella stanza diventano ora piccoli, ora grossi, si avvicinano o si allontanano ad una distanza infinita, sensazioni queste che nel dormiveglia non sono ignote neanche agli individui sani. Altri hanno l'impressione spiacevole dello sgocciolamento dell'orina; oppure pare loro che dalle loro aperture naturali escano fuori strisciando scarafaggi, o che il loro corpo sia storto. Essi temono perciò di diventare pazzi, paralitici, di aver un colpo apoplettico, di morire per paralisi del vago. Un ammalato visse in grande ansia finchè non trascorse il tempo necessario per la scadenza della sua assicurazione sulla vita; un altro telegrafò improvvisamente ai parenti che moriva di paralisi cardiaca. Altri credono di esser malati di sifilide, di esser stati morsi da un cane idrofobo. Un ammalato tormentato da lungo tempo da questi timori coatti mi pregò di fargli sapere sollecitamente se un uomo, il cui nome egli aveva inteso nella Clinica, fosse stato una volta morso da un cane; la felicità della sua intera vita dipendeva da questa informazione.

Tutti questi ammalati tornano spessissimo dal medico. Sebbene essi imparino di solito a rinchiudere in se stessi i loro stati morbosi, provano però il bisogno insistente di parlarne ogni tanto ed ogni volta si sentono per qualche tempo essenzialmente sollevati. Poichè essi te-

mono di dimenticare qualche cosa, compariscono dal medico con una quantità di annotazioni, con un foglio di domande, consegnano la loro storia in iscritto, poichè dubitano, nel raccontarla a voce, di non esporre tutto con ordine e con coerenza. Spesso cadono nelle mani di ciarlatani. Un garzone di calzolaio comprò per 10 marchi un elettroforo per rigenerare la sua forza nervosa. Altri pesano con la massima esattezza le loro vivande, tentano le cure più svariate.

Ai timori ipocondriaci si aggiunge il timore angoscioso di venir incenerito dal fulmine, oppure cadere in uno stato di morte apparente: in quest'ultimo caso gli ammalati cercano di prendere tutte le precauzioni possibili per morire sicuramente, lásciano dappertutto deliberazioni precise sul modo di trattare il proprio cadavere. Alcuni hanno una paura insensata dell' arcobaleno, dei serpenti, dei gatti, dei topi, delle rane; temono che scarafaggi penetrino loro nelle orecchie, hanno paura di rimaner bruciati. Anche oggetti perfettamente innocui possono risvegliare queste sgradevoli eccitazioni. Io conobbi un ammalato, intelligente in tutto il resto, che a nessun patto avrebbe accondisceso a guardare in uno specchio. Ad altri si presenta in modo coatto per istrada il pensiero che una pietra, una persona cadano su di loro dal tetto; sarà poi un uomo o una donna?

Un campo molto fertile per i timori coatti ci è dato anche dai rapporti sessuali. Abbastanza spesso l'avversione ai rapporti stessi rende frustraneo l'atto sessuale. Le giovani spose sono non di rado spinte dall'ansia morbosa di non poter rendere felice il marito, di non amarlo come si dovrebbe, a rinunziare al coito. Anche la gelosia coatta deve esser qui ricordata; essa costringe l'ammalato a cercare, contro la sua convinzione, sempre nuove prove della fedeltà di sua moglie. In contrapposto al delirio di gelosia l'ammalato non cerca in questo caso di dimostrare la infedeltà di lei, ma bensì l'affetto di lei, per disarmare così il dubbio che lo tormenta.

Una serie delle alterazioni ora descritte forma già il passaggio agli stati ansiosi, insorgenti in seguito a cause ben determinate, che si sogliono indicare col nome di « fobie », come il timore del rossore, del temporale, ecc. Non è possibile segnare un limite netto alla ordinaria facilità ad impaurirsi, poichè le varie forme di questa alterazione si collegano abbastanza spesso le une con le altre, o si sviluppano le une dalle altre. Le fobie sono però sempre caratterizzate dall'improvviso insorgere di violenti stati ansiosi, in conseguenza al pensiero generico di un pericolo qualsiasi. Contemporaneamente si presentano i segni fisici corrispondenti: violento cardiopalmo, pallore, sensazione d'angustia, tremore, sudore freddo, malessere, meteorismo, diarrea, poliuria, debolezza alle gambe, svenimenti, in modo che l'ammalato

perde completamente la padronanza delle sue membra ed in certi casi può anche cadere. Questi stati ricordano molto le sensazioni di ansia che di fronte ad una situazione penosa o ad un serio pericolo possono far perdere anche ad un individuo sano la calma della riflessione e la sicurezza dei movimenti.

Le cause che provocano l'insorgere di questi stati ansiosi sono molto varie; per altro si ha il fatto che certe forme di tali disturbi si ripetono con notevole regolarità, certe volte anche spesso, nello stesso ammalato.

La più nota è forse la *paura delle piazze* (1) (Agorafobia). Si tratta in tal caso dell'incapacità a camminare da soli attraverso una vasta piazza deserta o ad una strada lunga e larga. Questo ostacolo è, come Janet osserva, in certo modo un simbolo molesto dell'abbandono della protezione domestica. Ad ogni tentativo l'ammalato è preso da un'ansia indescrivibile, che gli rende impossibile l'avanzarsi. Invece la compagnia di un ragazzo, il camminare dietro ad un'altra persona o ad una carrozza, l'appoggiarsi ai muri delle case bastano spesso a vincere quest'ansia paralizzante. Nei gradi più avanzati l'infermo non è affatto in istato di camminare per le vie, di lasciare la stanza, giunge perfino ad osare appena e con grande fastidio di togliersi dal proprio letto. In altri casi può manifestarsi anche il timore di rimaner solo. Io conobbi un signore, molto deperito in seguito a disturbi della digestione che duravano da lungo tempo, il quale per parecchi mesi volle aver sempre intorno a sè qualcuno, sia di giorno che di notte; più tardi, con il miglioramento dello stato fisico, questo fenomeno disparve, mentre l'agorafobia persistette, ma diminuendo sempre gradatamente di intensità. Infine l'ammalato potè evitare anche questi timori applicandosi, ogni qualvolta usciva, un impacco alla Priesstnitz e portando con sè una bottiglietta di tintura di valeriana e sebbene non ne facesse uso e si rendesse conto dell'insensatezza delle sue precauzioni, queste bastavano ad impedire l'ansia che sarebbe al contrario insorta immancabilmente.

All'agorafobia è affine la *paura delle altezze* (Acrofobia) che è per altro molto frequente, in diverso grado, anche in individui sani; è la sensazione di un intenso malessere angoscioso nel trovarsi su alte torri, sull'orlo di precipizi; nel passare sopra i ponti, anche se non vi è il minimo pericolo di una caduta. A questa categoria appartiene anche il timore, non infrequente, di nuotare dove l'acqua è profonda. Inoltre si possono presentare in questi ammalati degli accessi di angoscia trovandosi

(1) Westphal, *Archiv f. Psychiatrie* III, 138; Cordes, idem III, 521; X, 48.

in luoghi molto ampi, nelle chiese e nei teatri, in mezzo a grande folla, nel trovarsi solo nell'oscurità (Nictofobia), quando le porte sono chiuse o aperte (Claustrofobia e Claustrofilia), nell' aperta campagna, nel viaggiare in battello o in ferrovia e specialmente nell'attraversare le gallerie. Parecchi infermi non sono perciò in grado di frequentare divertimenti, società, funzioni sacre, o per lo meno essi devono assicurarsi un posticino in un angolo, presso la porta, perchè la possibilità di una sollecita fuga li tranquillizzi. Altri non si possono allontanare molto da casa, in parte perchè non possono avvalersi dei mezzi di trasporto, in parte perchè sono ad ogni passo perseguitati dall'ansia che allontanandosi molto possa accader loro qualche cosa. Appena essi tornano a casa, ogni inquietudine scompare.

Fobie molto varie possono svilupparsi, se l'opinione di Janet è esatta, in rapporto alle occupazioni professionali. Le comuni difficoltà che si incontrano nell'esercizio dell'attività volontaria, possono raggiungere, come egli ammette, durante il lavoro quotidiano degli ammalati, un tal grado, da farlo diventare una sorgente di violenti stati ansiosi. A seconda della specie del lavoro il semplice stare in piedi o seduto, « Acatisia », il solo avviamento alle occupazioni quotidiane determinano involontariamente gli accessi di ansia. Il sarto è preso dalla « fobia del mestiere » alla vista delle forbici, il barbiere allo scorgere il rasoio, il telegrafista l'apparecchio. Talvolta si deve riferire a questa « abulia professionale » perfino il viaggiare qua e là senza scopo, come si nota negli psicopatici; essi vi vengono spinti dal timore che hanno di fronte al dovere intraprendere una attività regolata. Che questa ultima interpretazione, che si riferisce anche al salare la scuola, possa venire anche maggiormente estesa, è per me molto dubbio. Nell' « impulso al vagabondaggio » che dipende spesso da depressioni epilettiche, più frequentemente anche da impulsi improvvisi nei psicopatici di debole volontà, manca assolutamente, di fronte alle fobie, il modo di insorgere regolare e coatto per cause esterne ben determinato. Si potrebbe piuttosto parlare di fobia nel « timore della sospensione » di un lavoro qualsiasi, menzionato ugualmente da Janet. La causa profonda dovrebbe essere qui il senso dell'imperfezione del lavoro, che noi abbiamo già imparato a conoscere nella follia del dubbio.

Alle fobie si suole inoltre ascrivere, specialmente nel sesso femminile, il timore, molto diffuso, del *sudicio* (misofobia), del *contagio* e dell'*avvelenamento* per mezzo di aghi e di schegge di vetro. Queste paure si collegano facilmente anche alle nozioni moderne sui contagi a mezzo di agenti morbigeni microscopici. L'ammalato trova dappertutto « aria cattiva », spalanca tutte le finestre; teme di toccare ottone o rame (maniglie delle porte, monete) a causa del pericolo del-

l'avvelenamento con il verderame, non mangia nulla senza ricercarvi sempre aghi o pezzetti di vetro, che egli potrebbe forse inghiottire o portar via negli abiti. Si spaventa se sente il tintinnio di bicchieri, rifugge da tutti i liquidi, che secondo la sua opinione potrebbero contenere veleno e non è mai sicuro di non aver raccolto, passando rasente a qualche cosa, una materia contagiosa pericolosissima che potrebbe venire propagata anche ad altre persone. Egli avrebbe dovuto far attenzione ad un punto lucente nella pietanza, che era probabilmente uno spillo e che ha forse apportato la morte ad una persona. Anche i libri sono per lui elementi molto sospetti di propagazione di contagi.

Dall'apprensione di portar via qualche cosa, di insudiciarsi, deriva il *timore del contatto, « le délire du toucher »*. Tutti gli aghi sono banditi dalla casa: non si deve più cucire; nessuno può toccare la biancheria, non si puliscono più le finestre, le quali potrebbero rompersi e causare lo spargimento di scheggie. L'ammalato dimostra un tormentoso amore della pulizia che respinge ogni altra considerazione, che in principio rimane forse nei limiti molto elastici della normalità, ma che più tardi giunge non di rado ad un grado tale che amareggia estremamente la vita a lui stesso ed ancor più a chi gli sta vicino. Egli cerca con la massima cura di evitare ogni contatto, e specialmente se immediato; non dà mai la mano, gira le maniglie con il gomito, prende tutto con pezzetti di carta, porta i guanti il più che gli sia possibile. Ma se il contatto è avvenuto, egli intraprende spesso, seguendo un piano molto meditato, continue lavande, le quali non si limitano alle sole mani, ma si estendono a tutto il corpo e perfino ai mobili ed agli oggetti di vestiario. Talvolta solo contatti di una specie determinata provocano queste lavande, mentre altri lasciano gli ammalati indifferenti; anzi questi, malgrado la loro paura del sudicio, sono spesso abbastanza sporchi e portano quanto più possono la biancheria, che lavano poi da loro stessi. Naturalmente il tempo dell'ammalato è assorbito sempre di più da questo bisogno di lavare che raggiunge limiti estremi, in modo che egli diventa infine completamente incapace di adempiere ai propri doveri. Una inferma di Tamburini (1) aveva bisogno giornalmente di 3-4 ore solo per spogliarsi e vestirsi, adoperava nel lavarsi 20 asciugamani e si doveva lavare anche quando sentiva i venditori gridare per la strada le loro merci. La capacità a comprendere, almeno in modo approssimativo l'insensatezza di questi impulsi si riscontra sempre, malgrado riesca impossibile il desistervi.

(1) Tamburini. Sulla pazzia del dubbio con timore del contatto e sulle idee fisse ed impulsive. *Rivista sper. di Freniatria*, 1883.

Una particolarità comune a quasi tutte le specie di « fobie » è quella della « crisi ». Gli ammalati possono apparire discretamente calmi finchè hanno la possibilità di scongiurare, a mezzo degli espedienti da loro stessi escogitati e a poco a poco perfezionati, le minacciose tempeste interne. Appena vengono costretti a fare quello che temono, o si impedisce loro di prendere quelle misure di precauzione che valgono a tranquillizzarli, si sviluppano con straordinaria rapidità i più vivaci ed ansiosi stati d'eccitamento. Non di rado però si aggiunge anche una specie di collera con una esasperazione senza riguardi contro la coazione esercitata dal di fuori sulle manifestazioni morbose. È spesso sorprendente vedere come l'ammalato, fino allora perspicace e desideroso di liberarsi dalle proprie sofferenze, sembri all'improvviso completamente cambiato e si rivolti con tutte le sue forze contro chi tenta di aiutarlo, appena questi cerca di intraprendere veramente la lotta contro il disturbo psichico. Se malgrado ciò si riesce a vincere la resistenza dell'ammalato e a forzarlo ad una lotta continua con le sue tendenze morbose, egli cade spesso in una depressione profonda e durevole, un'oppressione che cede ad un senso di sollievo solo quando l'ammalato è in grado di procurarsi, a suo modo, la calma. Certo è che nella lotta infruttuosa contro la malattia va perduta d'ordinario buona parte della capacità al lavoro tanto intellettuale che fisico.

In una ultima serie di casi noi vediamo i timori coatti assumere apparentemente la forma di *impulsi*. In realtà qui abbiamo a fare solo con timori che riguardano i supposti pericoli minacciosi che vengono dal proprio interno. Janet ha con ragione accennato che gli impulsi si rivolgono sempre proprio a quelle azioni che appariscono agli ammalati particolarmente penose o detestabili. Così al malato si presenta la domanda: Che cosa accadrebbe se tu con quel coltello ammazzassi una persona, tuo figlio? se tu dessi all'improvviso uno schiaffo al sacerdote che ti unisce in matrimonio; se in teatro tu saltassi ad un tratto sul palcoscenico? Le ferite, gli ascessi lo spingono a toccarli, i mucchi di fango a ficcarci dentro le mani; gli sembra di dover imbrattar tutto di orina e di sperma. Angoscie religiose conducono all'idea di dover insudiciare l'ostia, o metterla in contatto con i genitali. Altri ammalati pensano di dover ficcare spilli nella testa dei bambini, tagliar loro il collo, abusarne sessualmente, rubare l'argenteria da tavola. Per lo più questi pensieri si riferiscono a persone care. Talvolta vi si aggiungono anche singole allucinazione, gli ammalati vedono passare dinanzi ai loro occhi un coltello sanguinante, vengono perseguitati dall'immagine dell'ostia insudiciata; essi sentono come se le loro

braccia e le loro mani si allungassero per ficcarsi in un lontano mucchio di sudiciume, credono di udire il grido che essi suppongono di aver emesso in chiesa. Da ciò deriva la paura per tutte le cause esterne che potrebbero risvegliare simili impulsi. Gli ammalati non osano più di assistere a solennità, cadono nella più grande angoscia alla vista di ogni strumento pericoloso. Uno dei miei infermi, un individuo molto buono e di cuore sensibilissimo, doveva evitare fin da lontano tutti gli operai che portavano accette, seghe e simili istrumenti, poichè la loro vista feceva sorgere in lui il timore di poter forse uccidere qualcuno. Parecchi ammalati si fanno rinchiudere, legare per poter resistere a questi impulsi. In realtà non si giunge qui mai all'azione; tutto al più può accadere che gli ammalati qualche volta non siano in grado di resistere alla tentazione di bestemmiare in occasioni particolarmente solenni, o di sostituire nella preghiera, alle parole stabilite, frasi sacrileghe od oscene (coprolalia).

La coscienza di tutti questi ammalati è perennemente e perfettamente lucida. Essi giungono quasi sempre a rendersi conto della morbosità del loro stato ed hanno il desiderio, ma non la forza, di liberarsene. Sanno benissimo di non esser minacciati da alcun pericolo reale, di non aver fatto nulla di male, ma la « paura della paura » è così potente che essi ne restano sempre sopraffatti. La totale mancanza della fiducia in sè si manifesta chiaramente nella completa dipendenza in cui essi si trovano tanto spesso, dalle persone di fiducia che debbono assicurarli sempre di nuovo della mancanza di ogni fondamento dei loro timori e dar loro così quella tranquillità che non raggiungerebbero mai con le sole proprie forze. Perciò essi in generale cercano molto volentieri il medico verso il quale sono spinti specialmente dal timore, assai frequente, di incorrere per un ulteriore sviluppo del loro male, in gravi alterazioni psichiche.

Questa incertezza abituale si trova talvolta in singolare contrasto con il loro coraggio nei pericoli reali. Spesso però gli ammalati sono sempre stati di natura molle, irresoluta, di volontà debole, abituati ad appoggiarsi ad altri. Nella condotta e nelle azioni essi non offrono, in generale, nulla di notevole; anzi spesso, dinanzi ad estranei, sanno dominarsi benissimo. Pure in questi ammalati, senza eccezione, si verifica una progressiva limitazione in tutti i rapporti della vita. Essi cercano di evitare, per quanto è possibile, ogni causa per l'insorgere della tormentosa alterazione e si aggirano perciò in una cerchia sempre più ristretta, poichè la potenza e la estensione del male sogliono aumentare gradatamente col diminuire della fi-

ducia in se stessi. Da ciò derivano di solito anche l'isolamento, il ritrarsi dell'ammalato da ogni compagnia, giacchè il suo imbarazzo non gli permette di adempiere alle abituali esigenze della vita sociale, e specialmente il contatto con persone sconosciute, forma, per motivi facili a comprendersi, una continua sorgente delle alterazioni descritte. Nelle forme gravi le azioni quotidiane e con ciò la capacità ad una vita indipendente, vengono fortemente pregiudicate. Le precauzioni prese dall'ammalato per combattere le sue ansie possono assorbire tutta la sua attenzione in modo da fargli trascurare tutto il resto. Egli non può ometterle per amore del suo riposo, anche se comprende chiaramente quanto esse siano ridicole ed insulse. In casi molto più avanzati ed invecchiati gli ammalati possono infine concentrare in tal modo la loro vita nelle loro sofferenze, da non rendersi più conto della mostruosità dei loro impulsi.

Il *decorso* delle alterazioni qui descritte è, in complesso, oscillante. Una completa scomparsa dei caratteri morbosi è rara e sempre solo transitoria. All'incontro si osservano spesso notevoli remissioni e peggioramenti altrettanto rapidi. L'insorgere del male suole rimontare fino alla gioventù o all'età dello sviluppo. Molto spesso una causa esterna qualsiasi, una emozione, una parola gettata a caso, un impressionante avvenimento, l'esperienza della vita dànno la prima spinta all'insorgere dei fenomeni morbosi. In una delle mie ammalate la « mania del lavarsi » cominciò dopo avere assistito ad una lezione nella quale era stato parlato insistentemente dei pericoli del contagio delle piaghe. Un ammalato che aveva paura dei cani idrofobi era stato assalito una volta, nella sua gioventù, da un cane. In altri casi le alterazioni si manifestano per la prima volta durante una qualsiasi indisposizione fisica, durante una malattia febbrile, o una cura per dimagrare, o nel puerperio, durante l'allattamento, in seguito ad eccesso di lavoro; una importanza causale speciale viene attribuita da alcuni medici al coito interrotto e inoltre all'onanismo. La poca importanza e la varietà di queste cause esterne dimostrano abbastanza chiaramente che la ragione essenziale degli speciali fenomeni morbosi deve ricercarsi esclusivamente nella particolare predisposizione della personalità psichica. Di regola si riscontra qui in singoli o in parecchi membri della famiglia la tendenza ad un tormentoso amore dell'ordine, ad ansie esagerate, a veder tutto nero, anche se non si sono presentate psicosi più manifeste. Gli ammalati stessi sogliono fin dalla gioventù offrire accenni di queste particolarità, che il disturbo insorgente più tardi permette d'interpretare come facenti parte del quadro morboso.

La *prognosi* della pazzia coatta è generalmente sfavorevole. In verità non di rado si riesce, specialmente nelle l'idee coatte semplici, come nell'agorafobia e nei fenomeni affini, a far scomparire per un tempo più o meno lungo le alterazioni morbose; ma il pericolo della ricaduta è sempre straordinariamente grande, poichè le cause fondamentali hanno radici profondissime. Sarà dunque bene diffidare non poco delle guarigioni, non raramente riferite, della pazzia coatta. In ogni modo vi sono alcuni casi in cui rilevanti disturbi di tal genere insorgono forse solo una volta per condizioni sfavorevoli speciali e possono perciò venire allontanate stabilmente. Nella mania di sottilizzare, nella follia del dubbio, nel timore del contatto sembra che le probabilità di miglioramento siano minime; anzi qui si osserva spesso nell'insieme un decorso progressivo. Al contrario non avviene la trasformazione del disturbo in altre più gravi alterazioni psichiche, come gli ammalati temono sempre.

La *diagnosi* di questi stati non offre, nei casi accentuati, alcuna difficoltà. Le forme più lievi si continuano a poco a poco con i fenomeni corrispondenti, che possono verificarsi anche nella vita sana. D'altra parte i caratteri della pazzia coatta possono manifestarsi transitoriamente anche in una serie di altre alterazioni psichiche, specialmente negli stati di depressione della psicosi maniaco-depressiva, alla cui profonda affinità clinica con varie forme della pazzia degenerativa noi abbiamo precedentemente accennato. A me è accaduto ripetutamente di veder insorgere idee coatte accentuato assieme ad una improvvisa depressione e scomparire di nuovo dopo un certo tempo; anche la ripetizione periodica di simili accessi non è affatto rara. Mi sento perciò proclive ad ammettere che lo stato di arresto, da noi tanto spesso osservato nella psicosi maniaco-depressiva, derivi da una causa simile all'ansiosa incapacità dei degenerati. Non è necessario spiegare come le autoaccuse ricordino spesso le idee di peccato della pazzia circolare.

Un'importanza molto maggiore ha inoltre il fatto che nella pazzia coatta incontriamo di nuovo una serie di alterazioni che noi, per quanto in altra forma, abbiamo imparato a conoscere nella *dementia praecox*. Al negativismo di questa corrisponde qui, fino ad un certo grado, la misantropia, il ritrarsi da ogni compagnia; alla stereotipia l'incessante uniforme « ruminare » degli stessi pensieri; all'impulsività l'insorgere di impulsi immediati; alla stranezza degli atti lo sviluppo di strani movimenti espressivi e di azioni protettive. Questo parallelismo delle alterazioni non è certo casuale. Esso ha il suo fondamento, a mio avviso, nella circostanza che in ambedue i gruppi morbosi abbiamo a fare con accentuate *alterazioni della volontà*, le quali

si sviluppano in direzioni e forme somiglianti. Frattanto questa somiglianza è soltanto esteriore, malgrado che in alcuni casi essa si rilevi anche nei movimenti degli ammalati. Mentre nella *dementia praecox* si tratta di puri e originari disturbi della volontà, che spesso sembrano all'ammalato stesso l'espressione di una influenza estranea, qui il punto di partenza è costituito sempre dall'ansia; anche le azioni apparentemente piu insensate degli ammalati sono la conseguenza di determinate idee ed emozioni, sulla cui qualità e sul cui contenuto l'ammalato sa generalmente dare informazioni precise. Perciò in questi casi vasti campi di azioni sogliono restare immuni e gli ammalati si rendono conto, spesso assai bene, della loro malattia. All'incontro nella *dementia praecox* le azioni volontarie vengono tutte compromesse e l'estendersi dell'alterazione alle altre funzioni psichiche distrugge anche ogni nozione del cambiamento da essa prodotto

Il *trattamento* della pazzia coatta si confonde in parte con la lotta generale contro la degenerazione. Contro i fenomeni morbosi giova solo, a mio avviso, una educazione perseverante e paziente, la quale cerchi di sollevare gradatamente la fiducia in sè profondamente depressa e di condurre l'ammalato passo per passo alla vittoria sulla coazione morbosa. È utile illuminare il più positivamente possibile l'ammalato sulla qualità del suo male e sulla importanza delle singole alterazioni. Gli si dimostrerà allora la necessità di combattere la potenza della coazione psichica non per mezzo di una speciale tensione della volontà, che suole soltanto aumentare i disturbi, ma bensì per mezzo della distrazione. Opportuni discorsi con un medico intelligente sogliono calmare molto l'ammalato e dargli forza nella lotta contro le sue predisposizioni morbose. Come aiuto, specialmente nelle crisi, rende buoni servigi la suggestione ipnotica, ma essa offre un rimedio passeggero e nei casi gravi è spesso inutile. Si deve ammonire con insistenza contro l'uso di medicinali eroici e specialmente della morfina, a causa del pericolo dell'abitudine; perciò io ritengo il trattamento dell'oppio, raccomandato da Dornblüth, come pericoloso. Per la stessa ragione si deve essere prudenti con l'alcool, sebbene piccole somministrazioni di esso possano assai spesso prevenire opportunamente l'insorgere dell'ansia.

E. — *La pazzia impulsiva.*

Sotto il nome di « pazzia impulsiva » noi intendiamo riunire tutte quelle forme di pazzia degenerativa nelle quali è caratteristica la tendenza ad *impulsi morbosi*. Questi possono o dominare la vo-

lontà durevolmente, o manifestarsi solo temporaneamente in singoli accessi. L'infermo agisce qui senza una *ragione chiara,* soltanto perchè egli sente in sè l'impulso irresistibile ad agire. Così accade che le manifestazioni della sua volontà portino spesso l'impronta della macanza di riflessione e di scopo, e anche della contraddizione, poichè esse sono provocate non da un motivo premeditato, ma da un impulso, spesso molto confuso, che sorge improvvisamente e spinge con insistenza all'azione. Quando questa azione richiede riflessione o è pericolosa, prima dell'esecuzione di essa può aversi una lotta interna, poichè i poteri inibitori acquisiti esplicano la loro influenza; ma questa resistenza non è così intensa come nei timori coatti, dove essa di regola vince gli impulsi morbosi. Abbastanza spesso però anche le azioni più gravi vengono eseguite senza indugio, con una calma coscienza di esse; il rincrescimento, che si presenta più tardi, per ciò che è successo, è tanto poco sufficiente a soffocare impulsi analoghi successivi quanto il timore delle conseguenze.

Il contenuto di simili « azioni coatte » è spesso indifferente, e molti individui con « idee strane » e impulsi che insorgono immediatamente e spariscono poi con uguale rapidità, costituiscono i gradi di passaggio intermedi fra le forme gravi, indubbiamente morbose, della pazzia impulsiva e lo stato normale. Maudsley riferisce di un signore che fu per più settimane tormentato dell'impulso di buttar giù due pietre che si trovavano sopra un muro e finalmente lo fece una notte, di nascosto, per procurarsi riposo con l'esecuzione di questa azione insensata.

Molto più importanti di queste stranezze innocue e spesso mutevoli, che formano un fenomeno concomitante molto diffuso della pazzia degenerativa, sono gli *impulsi che si svolgono in una direzione determinata, unilaterale.* A questi appartiene innanzi *tutto l'impulso al vagabondare* (Poriomania). Gli ammalati vengono presi improvvisamente dal vivo desiderio di girare il mondo, talvolta con uno scopo stravagante qualsiasi. La spinta è data spesso, contrariamente all'impulso al vagabondare degli epilettici, da una occasione favorevole qualsiasi, specialmente dall'avere a disposizione una discreta somma di denaro, che viene poi adoperata irreflessivamente o frodata da altri. Così continuano poi ad andare ora qua, ora là, dove il caso vuole, spesso per mesi, finchè i mezzi mancano e il vagabondare incontra degli ostacoli. Io conobbi un ragazzo il quale con i suoi ripetuti viaggi impulsivi da Mannheim era giunto fino nella Slesia. Questi ammalati conservano un ricordo chiaro dei loro viaggi e il loro modo d'agire non appare ad essi affatto

un fenomeno anormale, che s'imponga alla loro volontà, anche se più tardi se ne pentono. Non di rado, durante i loro viaggi senza scopo, essi commettono ogni sorta di inganni, assumono nomi falsi, si vantano, spariscono senza pagare, cercano di procurarsi danaro a mezzo di imbrogli.

Molto più grave è la inclinazione ad *incendiare* (Piromania), che si osserva specialmente in persone giovani, di sesso femminile, prima e durante lo sviluppo della pubertà. Talvolta la gioia morbosa di guardar divampare il fuoco e il desiderio indomabile di procurarsi questa vista rimontano all'infanzia. Generalmente questi incendi si succedono ad intervalli brevi. Gli ammalati poi non sono in grado di spiegare bene che cosa li abbia spinti a commettere quest'azione. Una donna, la quale per avere ripetutamente ed insensatamente appiccato il fuoco, aveva passato quasi tutta la sua vita all'ergastolo e anche là aveva appiccato un incendio, poteva dir solo che si era sentita semplicemente spinta a farlo. In un caso diventato celebre, in cui uno studente aveva appiccato il fuoco infinite volte sempre nell'identico modo, si potè stabilire che l'esecuzione di queste azioni aveva avuto luogo costantemente sotto l'influenza dell'alcool. Forse si trattava di epilessia.

Una seconda direzione principale degli impulsi morbosi è la tendenza, durevole o transitoria, a commettere *furti occasionali, insensati* (Cleptomania). Noi riscontriamo anche questi accessi il più di frequente nel sesso femminile e particolarmente nell'epoca di perturbamenti sessuali (mestruazione, gravidanza). La morbosità di queste azioni si manifesta nel fatto che manca ad esse ogni motivo ragionevole. Gli oggetti rubati sono spesso senza valore o non ne hanno per chi se li è appropriati, oppure più tardi essi vengono semplicemente restituiti al proprietario. In altri casi l'avidità di alcuni si rivolge solo ad una specie determinata di oggetti che vengono rubati senza uno scopo comprensibile, in grande quantità; qui talvolta si possono osservare de' rapporti con impulsi sessuali. A quel che pare a queste tendenze è affine la smania morbosa del comprare e del far collezioni, (collezionismo) che si estende non di rado ad oggetti senza alcun valore. Vi sono ammalati che raccolgono alcuni residui del loro corpo come capelli tagliati, unghie, squame di pelle, cerume e li conservano dopo averli messi accuratamente in scatole. Forse qui, come in alcune abitudini simili dei popoli primitivi, hanno spesso una certa parte delle oscure idee superstiziose. In altri lo scopo della smania di raccogliere è più ragionevole, ma la passione che vi mettono, conduce gli ammalati a trascurare interamente ogni altro riguardo, e in alcuni casi li spinge anche al delitto.

Altre manifestazioni della degenerazione della vita normale sono l'amore insensato per gli animali, la irresistibile inclinazione al giuoco, l'aumento morboso degli impulsi sessuali e innumerevoli abnormità simili. A tali casi appartengono forse anche alcune inclinazioni appassionate, insorgenti improvvisamente, per determinate persone. Hecker racconta di un signore sessantenne, il quale, durante un viaggio, venne preso da una passione potentissima per una signora della stessa età, da lui conosciuta ai bagni. Egli dovette subito tornare indietro e recarsi da lei, sebbene comprendesse benissimo l'insensatezza del suo modo di agire. Possibilmente, come Hecker ammette, la base di questi casi è formata da stati angosciosi larvati, che rivestono poi la forma della passione, similmente alla « nostalgia » dei melanconici.

Di grandissima importanza pratica è inoltre l'impulso a *ferire* o ad *uccidere*. Un gruppo particolare è formato dalle violenze impulsive di giovinette sui bambini dati loro in custodia. Io curai un'ammalata, alla quale Emminghaus (1) aveva già brevemente accennato, che all'età di tredici anni soffocò due bambini affidati alle sue cure, uno dei quali era suo fratello, per il solo motivo « che gliene era venuta voglia ». Sembra che l'omicidio col *veleno* seduca in modo speciale, forse perchè si può eseguire facilmente di nascosto. Le terribili figure di una Marchesa de Brinvilliers, di una Gesche Gottfried, di Margarethe Zwanziger, della Signora Ursinus, le quali solo per desiderio di uccidere dettero la morte successivamente a persone del loro ambiente e quindi sposarono, si allontanano talmente dal sentimento e dalle azioni normali, che noi oggi dobbiamo a ragione considerarle come forme morbose.

È facile rilevare, nella pazzia impulsiva, le molteplici relazioni delle manifestazioni impulsive morbose con deviazioni dell'istinto sessuale. Queste ultime nei degenerati sono non solo molto frequenti, ma assumono le forme più strane, i cui intricati rapporti con i processi sessuali sono spesso appena distinguibili. In essi è sempre comune la gran forza con cui insorgono gli impulsi, il loro periodico ripetersi e la voluttuosa soddisfazione dopo compiuta l'azione che è spesso collegata ad ejaculazione.

Non è necessario che la capacità intellettuale di questi ammalati offra altre alterazioni notevoli, ma nei casi gravi si trova per lo più un grado più o meno spiccato di debolezza mentale. Anche nei casi in cui

(1) Emminghaus, *Die psychischen Storungen im Kindesalter*, 1887, 241.

esistono lievi deviazioni, un esame minuzioso metterà in evidenza non di rado gli indizi di una certa ristrettezza o di incoerenza e confusione, ma più specialmente un arresto nel complesso dell'intera evoluzione psichica in confronto a quello che l'età esigerebbe. Le alterazioni sogliono manifestarsi anche più chiaramente nel campo emotivo; poichè si tratta d'ordinario di nature deboli, incerte, spesso anche puerilmente ostinate o aspre, misantrope, chiuse.

Sebbene la pazzia impulsiva sia basata sulla degenerazione, ossia sulle alterazioni permanenti della personalità psichica, noi vediamo insorgere i fenomeni clinici spesso soltanto in determinati periodi della vita; specialmente nell'epoca della pubertà. Questa osservazione corrisponde al fatto discusso già in diverse occasioni, che nel decorso della vita umana vi sono alcune epoche nelle quali la capacità generale di resistenza è minima tanto nel campo fisico che in quello psichico. Appunto il cozzo fra sentimenti oscuri e impulsi durante lo sviluppo sessuale può provocare anche condizioni favorevoli all'insorgere di morbosi eccitamenti volitivi, i quali più tardi vengono soggiogati dalla volontà normale. Con il completo sviluppo e rinsaldamento della personalità può aversi in alcuni casi un esteso e sorprendente miglioramento. Talvolta si osserva in questi una certa periodicità.

Oltre all'origine comune da una predisposizione morbosa, la pazzia impulsiva condivide con altre forme di degenerazione parecchie caratteristiche esteriori. Così si può scambiare la recidività incorreggibile dei delinquenti abituali, moralmente deficienti, con la ripetizione coatta delle identiche azioni delittuose dei nostri ammalati. Anche l'individuo moralmente debole appicca il fuoco, uccide e ruba, ma lo fa per ragioni egoistiche, per uno scopo determinato qualsiasi o per intenzione di nuocere, mentre qui un impulso immediato costringe l'infermo a commettere il delitto contro la propria volontà. Molto spesso vi è in questi casi perfino un chiaro sentimento della assurdità e della anormalità della condotta, che però non basta ad impedire l'effettuazione; talvolta agli ammalati il loro modo di comportarsi sembra, almeno più tardi, incomprensibile e assolutamente morboso. D'altro lato la pazzia impulsiva si avvicina ad alcune forme della pazzia coatta: colla differenza che questi ammalati non vogliono assolutamente compiere le azioni che si presentano alla loro mente; ne hanno orrore e temono solo di potervi soggiacere, il che realmente non avviene: mentre nella pazzia impulsiva l'idea del compimento dell'azione morbosa offre immediatamente qualche cosa che alletta e seduce, e può, quando scaturisce da una ascosa

corrente sessuale, collegarsi ad un indomabile desiderio che promette all'ammalato un completo ed abbondante soddisfacimento nell'esecuzione. Non è dunque il caso di parlare di lotta, contrariamente a quanto accade nei timori coatti. Immediatamente dopo l'azione ha luogo una profonda soddisfazione, che ha un colorito essenzialmente diverso da quello del senso di liberazione e di sollievo che si collega alle azioni protettive nei timori coatti. La non riuscita dell'azione produce rincrescimento; al contrario spesso non si riscontra alcuna traccia di pentimento, o esso si manifesta solo nei casi di difetto morale minimo e soltanto quando, dopo l'esecuzione dell'atto, insorgono quelle rappresentazioni contrarie le quali erano state fino allora respinte dal desiderio che tutto dominava.

Indubbi rapporti esistono anche fra la pazzia impulsiva e l'isteria e specialmente l'epilessia. L'accessibilità degli isterici ad impulsi improvvisi, i desideri insorgenti, le brame passionali offrono spesso quadri analoghi; la instabilità o la smania di avventure che generano l'impulso al vagabondare degli psicopatici si possono pure collegare ad accenni di alterazioni isteriche, a turbamenti di coscienza transitorii simili ad ebbrezze, a visioni notturne, ad analgesie, a svenimenti. Parecchi casi di pazzia impulsiva ricordano tanto evidentemente alcuni fatti dell'epilessia che una distinzione netta non sembra possibile. In generale si dovrà stabilire che nella pazzia impulsiva non ha luogo alcun turbamento di coscienza, che gli impulsi non sembrano così eterogenei alla coscienza come nell'epilessia, ma che essi assumono piuttosto la forma di bisogni naturali e che mancano completamente gli altri caratteri dei disturbi epilettici. Dopo che abbiamo riconosciuto nella dipsomania una forma di manifestazione dell'epilessia, in cui possono in certi casi anche mancare i tratti caratteristici di questa, non si potrà negare la possibilità che anche certi casi che noi ascriviamo alla pazzia impulsiva, si dimostrino appartenenti all'epilessia. Il frequente ripetersi degli stessi impulsi che esercitano una coazione senza causa esterna, la rapida scomparsa di essi dopo un breve, ma assoluto predominio, l'azione sfavorevole dell'alcool e infine la sensazione di completo soggiacimento senza resistenza, senza riflessione, dovrebbero far sempre nascere il sospetto della natura epilettica.

L'esistenza della pazzia impulsiva ha avuto una parte importante in un periodo precedente dello sviluppo della Psichiatria, come base della dottrina delle « monomanie ».

Ora la pericolosa supposizione dell'impulso morboso circoscritto è, per le attuali conoscenze scientifiche, tramontata, sicchè si crede

da tutti che in tali casi si abbia a fare con una originaria, generale invalidità psichica, il cui punto debole è riposto nella mancanza di predominio sopra gli impulsi che si sviluppano con forza e direzione morbosa. I Codici italiano e spagnuolo riconoscono la pazzia impulsiva come grandemente dirimente, parlando di una « forza irresistibile » (1) che talvolta può completamente trascinare la volontà del delinquente, e ciò vale per diminuire la pena. È possibile che gli impulsi subitanei di una forza incoercibile siano più frequenti nei popoli del Sud che non presso di noi; certo però tal modo di vedere apre l'adito a numerosi « abusi » nel senso legale. Io credo che si dovrebbe ammettere l'esistenza della pazzia impulsiva quando risultasse distintamente l'origine impulsiva dell'azione, senza un ragionevole chiaro movente, e quando anche nelle altre parti della vita psichica sieno riconoscibili i segni di una predisposizione morbosa.

Il trattamento della pazzia impulsiva si limita essenzialmente ad una *educazione* accurata, che curi possibilmente lo sviluppo fisico, e sia adatto alla condizione speciale dei singoli casi.

Molto importante mi sembra poter ottenere fin dall' inizio da questi infermi una permanente e completa astinenza dall'alcool, che reca loro un enorme danno. Una grande quantità d'infermi, specialmente quelli che sono pericolosi per la società e che sono, in questa categoria, moltissimi, dovranno essere sottoposti necessariamente alla cura in un Asilo, e sotto la protezione di questo possono in generale venire educati ad una vita relativamente utile e soddisfacente per loro stessi.

F. — *Le aberrazioni sessuali.*

La degenerazione psicopatica è un campo fertilissimo, come si comprende facilmente, per lo sviluppo delle aberrazioni sessuali. Le imperfezioni nella predisposizione personale fanno sì che la vita impulsiva abbia una preponderanza grandissima nell' andamento dei processi psichici; tra i diversi impulsi quello sessuale produce le eccitazioni più svariate sulla forza immaginativa. Le vie che l'istinto sessuale, spesso straordinariamente sviluppato e non frenato dai poteri piu elevati prende per la sua soddisfazione, sono molto diverse e non raramente molto

(1) L'attuale Codice Penale Italiano non accenna più alla forza irresistibile, ma solo alla privazione totale o parziale della coscienza e della libertà dei propri atti. *N. d. t.*

confuse. Comune a tutte è la deviazione dal vero fine della attività sessuale che, o non viene affatto raggiunto, oppure è solamente per via indiretta ed anormale.

Il punto di partenza di tutte le aberrazioni sessuali è dato quasi sempre dall'*onanismo*, che s'inizia generalmente col primo risvegliarsi degli eccitamenti sessuali e suole essere continuato con passione anche quando in sèguito possono ottenersi altre forme di soddisfazione. Mentre i giovani con normale disposizione, sedotti dall'auto-soddisfazione, con il sopravvenire della maturità rifuggono facilmente dall'onanismo, nei psicopatici questa aberrazione può radicarsi in modo da usurpare completamente la naturale tendenza degli stimoli sessuali. Quando però l'originario rapporto tra voluttà sessuale e bisogno di procreazione non esiste, allora l'impulso mancante di scopo riceve spesso la sua direzione da un qualunque caso della vita che impressioni, oppure da processi ideativi e da sensazioni oscure, che possono occasionalmente acquistare un certo predominio.

Non è mia intenzione descrivere partitamente qui tutte queste aberrazioni dell'istinto sessuale, che hanno recentemente richiamato tutta l'attenzione. Esse hanno interesse più dal punto di vista della patologia intesa in senso esteso, che non un interesse specialmente clinico, e quindi furono trattate altrove. Noi quindi daremo qui solo brevi cenni. Quale semplice degenerazione dell'onanismo si deve forse comprendere l'*esibizionismo*, cioè la tendenza regolarmente ripetentesi a mostrare i genitali in presenza di persone di altro sesso; per lo più si tratta in tali casi di uomini. Molto spesso, ma non sempre, vi è unito l'onanismo. Questo disturbo lo riscontriamo spesso negli stati crepuscolari epilettici, ma non raramente anche in ordinari psicopatici, i quali durante l'azione si trovano, in uno stato di eccitamento, ma non presentano offuscamento della coscienza. In questi casi si tratta semplicemente di un mutamento morboso per il raggiungimento della soddisfazione sessuale. Gli infermi ricercano sempre nuovamente e volontieri determinati posti ove sono donne e bambini, specialmente nei giardini; quando si avvicina loro una di tali persone scoprono i loro genitali, che per lo più avevano già tratto fuori e che tenevano celati con giornali o con gli abiti, e cercano di attirare l'attenzione con gesti o con lievi segni. A ciò segue per lo più l'eiaculazione e quindi scompare l'eccitamento. Altri si fermano tutto ad un tratto per la strada avanti a giovani donne e tirano in alto le falde dell'abito mostrando i genitali; un infermo osservato da Hoche accendeva anche dei fiammiferi per illuminare meglio i suoi genitali.

Come sottospecie dell'onanismo debbono egualmente essere considerate le varie forme di *feticismo* sessuale. L'eccitamento sessuale è legato in tal caso a qualsiasi oggetto che abbia rapporti intimi o lontani con l'altro sesso, da principio con determinate parti del corpo, poi con vestiti, pelliccie, scarpe, biancheria, e infine anche con gli escrementi. Io posseggo le lettere scritte da un negoziante ad una prostituta, nelle quali egli ordina anticipatamente, per poter godere, di mettere insieme gli escrementi con parafrasi innocenti (« salame fatto a casa »: « vino fatto da sè »; « rotoli schiumanti »). Importanza pratica medico-legale ha il feticismo quando induce gli infermi a tagliare treccie o a commettere furti sempre ripetuti di cose desiderate. Così Zingerle (1) riferisce il caso di una inferma nella quale il compiere un furto senza dare alcuna importanza alla natura o al valore di ciò che rubava, determinava eccitamenti voluttuosi. La stessa inferma risentì nei rapporti col marito un soddisfacimento sessuale, quando il marito stesso, per consiglio del medico, la trattò bruscamente e in modo rude, sicchè ella doveva « lottare » per soddisfare il suo amore. Ciò fa ricordare quasi le lotte sessuali degli animali e il costume antico del ratto della donna.

Questi ultimi casi formano gli anelli di congiunzione colle manifestazioni del *Masochismo* e del *Sadismo*. Il soddisfacimento sessuale in tali casi è aumentato e talvolta solo prodotto dal subire o dall'esercitare azioni crudeli. Se si deve credere alle descrizioni degli iniziati, sembra che queste aberrazioni siano molto frequenti, sicchè le tenitrici esperte di bordelli cercano di soddisfare questi gusti dei loro ospiti. Nell' un caso i soggetti si fanno legare, ammanettare, pestare sputare, insudiciare, in breve si lasciano maltrattare in tutti i possibili modi più disonorevoli, nell' altro cercano invece di produrre dolori alle loro vittime sessuali pungendole con spilli, tagliuzzandole, flagellandole, mordendole, producendo perdite di sangue: si conoscono anche casi nei quali il venire a conoscere disgrazie pubbliche, incidenti ferroviarii o il pensare in modo vivo a simili cose produce l'eccitamento sessuale. È tuttavia abbastanza strano che tali fatti, dei quali dapprincipio è incomprensibile riconoscere il rapporto con lo stimolo sessuale, siano molto adatti ad agire sopra determinate persone. Se pure, come generalmente si suppone, la sazietà sessuale ha una gran parte in questo, si dovrà pur tuttavia considerare come segno di degenerazione il sopraggiungere di questa successiva sazietà che ha bisogno

(1) Zingerle, *Jahrb. f. Psychiatrie*, XIX, 353.

di simili mezzi stimolanti; inoltre è anche un segno di degenerazione il fatto che tali mezzi abbiano effetto. Vero è che le radici più profonde di queste aberrazioni si possono pure riscontrare anche in impulsi normali. Una osservazione fatta da molti e che merita la considerazione più seria, è l'azione sessualmente eccitante che hanno le correzioni corporee sopra gli allievi e gli educatori.

Le forme più gravi di questi disturbi conducono talvolta a gravi pericoli per la vita e per la salute collo sfrenato abuso sessuale. Relativamente innocui sono gli infermi che insudiciano con l'inchiostro i vestiti di giovinette, oppure che li bruciano o li rovinano con acidi. Un passo avanti e si giunge agli accoltellatori di donne e più in là agli assassini che violentano e agli stupratori di cadaveri. E poichè il soddisfacimento di queste ultime, terribili forme dell'impulso sessuale può fortunatamente venire impedito per fortuna dai poteri inibitorii nei malati coscienti, tali fatti si riscontrano per lo più solo negli stati di profondo offuscamento della coscienza degli epilettici.

Accanto all'onanismo sta come più estesa deviazione della vita sessuale quella caratteristica trasformazione delle tendenze genitali che Westphal ha chiamato, per il sintomo più importante, « inversione dell'istinto sessuale ». In tali casi si tratta di *una tendenza sessuale, che si manifesta per lo più già nella prima giovinezza, per persone dello stesso sesso* (« omosessualità »), mentre l'altro sesso rimane all'infermo, dal punto di vista sessuale, completamente indifferente, oppure gli ispira odio e schifo. L'attenzione degli alienisti fu attratta su questa aberrazione principalmente da Casper, aberrazione probabilmente antichissima e che sta in rapporto con la pederastia dei Greci e dei Romani. In seguito hanno portato molte osservazioni su questo argomento Westphal e v. Krafft Ebing; e più recentemente sono stati fatti lavori molto completi su di essa (1).

Nella grande maggioranza dei casi il disturbo sembra che riguardi gli uomini o per lo meno in questi è stato più facilmente e più spesso riscontrato; e sempre si rileva una predisposizione psicopatica originaria, spesso ereditaria. Lo stimolo sessuale suole svilupparsi precocemente e potentemente e conduce molto spesso all'onanismo praticato più volte al giorno. In alcuni casi esiste dapprincipio una tendenza normale « eterosessuale », che con lo sviluppo successivo

---

(1) Westphal, *Archiv f. Psychiatrie*, II, 1; v. Krafft-Ebing, *Psychopathia sexualis*, 12: Ediz. 1903; Moll, *Die conträre Sexualempfindung*, 1891; v. Schrenk-Notzing, *Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes*, 1892; Fuchs, *Wiener Klinische Rundschau*, 1900, 18.

dell'impulso morboso viene sopraffatta. Per lo più però le imagini concomitanti voluttuose dell'eccitamento sessuale durante la veglia e durante il sogno si riferiscono da principio al medesimo sesso, e tutti i tentativi di rapporti sessuali naturali o falliscono completamente o non dànno al soggetto alcuna soddisfazione. Sono proprio questi fatti che svelano all'infermo, il quale spesso per molto tempo non vede chiaro riguardo al suo stato, la originalità della sua vita sessuale. Per il successivo sviluppo di essa è decisiva la conoscenza di una qualsiasi persona dello stesso sesso, che semplicemente per le sue qualità fisiche e psichiche eccita potentemente la sessualità dell'infermo, oppure ha le sue stesse tendenze e lo « seduce » o si lascia da lui sedurre. Allora si stringe tra i due un appassionato « legame di amicizia » con tutte le esagerazioni dell'amore, lettere infuocate, invio di fiori, regali, gelosia, baci ardenti e strette di mano. Per lo più succedono allora amplessi voluttuosi, masturbazione reciproca e ogni sorta di altre « azioni simili al coito », più raramente la vera pederastia.

Come avviene nei rapporti tra individui di sesso differente, simili « relazioni » durano talvolta lungo tempo e anche molti anni. Molto più frequente però è un cambiamento delle tendenze o anche una grande volubilità. Per lo più ambedue i soggetti sono omosessuali, ma esistono alcuni infermi i quali amano avere contatti sessuali solo con persone sessualmente normali. La diversità di classe, come del resto avviene nella ordinaria vita sessuale, sembra che abbia una parte molto minore che nei rapporti puramente sociali. Alcuni infermi di classi superiori si sentono attirati di più ad avere contatti con operai di fabbriche, cocchieri, facchini, ecc. Altri si sentono invece attratti dai soldati. Per tutte queste circostanze si spiega come nelle grandi città esista una prostituzione maschile con tutti gli accessori, la quale è data non solo da soggetti omosessuali, ma anche da soggetti normali sessualmente. D'altra parte accanto alle attrazioni fisiche vengono per lo più richieste anche simpatiche qualità del carattere e della intelligenza, però l'immaginazione degli omosessuali è, come nell'amore ordinario, ugualmente generosa nel rappresentarsi l'oggetto amato in tutta la sua bellezza. L'uomo senza prevenzioni non incontra in tutta la sua vita quella quantità di uomini « educatissimi », « generosi », « forti di carattere », come questi infermi descrivono i loro amici.

Naturalmente la grande maggioranza degli omosessuali non prende moglie. Tuttavia alcuni di questi infermi, malgrado la loro ripugnanza per l'altro sesso, prendono moglie, in parte con la speranza di guarire in tal modo del loro stimolo anormale, in parte per il de-

siderio di aver figliuoli. Nè sempre questi matrimoni sono infelici, poichè talvolta gli infermi, a parte i loro rapporti sessuali, compiono con grande fedeltà, nella loro strana situazione, il loro dovere. Anzi riesce anche ad essi di avere figliuoli, solamente quando durante l'atto sessuale, con la forza della loro immaginazione, sembri loro di essere tra le braccia di un soggetto bello e giovane del medesimo sesso. Però essi hanno sempre occasionamente o regolarmente rapporti omosessuali.

Generalmente oltre al fenomeno della inversione sessuale esiste anche una serie di caratteri che indica una morbosa predisposizione. Tra questi sono da mettere quei numerosi segni di degenerazione somatica che già innanzi tutto conosciamo. L'*intelligenza* dell'infermo è per lo più sviluppata normalmente, ma spesso accanto ad una buona facoltà di percezione esiste una grande stancabilità, poca costanza nel lavoro psichico e tendenza al fantasticare. La forza immaginativa suole essere molto più sviluppata della capacità per una attività puramente psichica; non raramente si osserva anche una vera debolezza di mente. La cosa più sorprendente è in generale l'aumento della eccitabilità della *vita emotiva*. Gli infermi sono sensibili, soggetti in special modo a mutamenti di umore e a impressioni, hanno talora qualche talento, della disposizione artistica, specialmente musicale, sono inclinati ad esaltazioni e ad esplosioni sentimentali, talvolta molto timidi e incert[illegible] Per lo più, e specialmente quando posseggono una buona disposizione p[illegible] chica, si preoccupano molto della loro strana condizione. Seppure non si credono veramente malati e il loro impulso sembri loro una cosa molto naturale, sentono però molto profondamente e dolorosamente che la legge e la morale vieti loro simili atti e sono infelici di non poter avere una famiglia. Il loro carattere è generalmente dolce, docile, dipendente, spesso anzi debole e senza forza. La loro condotta dimostra quindi frequentemente un grado notevole di disordine e di stravaganza. Incostanza, mancanza di amore per la verità, tendenza a vantarsi e puerili vanità sono difetti usuali. Le relazioni sessuali hanno spesso, specialmente per gli uomini, una parte importante e decisiva per la loro vita, possono occuparli completamente per un lungo tempo, impedire la loro regolare attività, renderli dissipatori e influire sul loro destino in modo grave. Talvolta alla tendenza omosessuale si aggiungono le aberrazioni della algolagnia e del feticismo già descritte, come del resto avviene anche in soggetti con tendenze eterosessuali. Talvolta si manifestano anche accenni di altri pervertimenti; io ho conosciuto un giovane negoziante che non solo cercava di vedere urinare i bambini, ma leccava anche la neve imbevuta della loro urina.

Pur nello stato d'inversione sessuale si possono sviluppare impulsi eterosessuali. Io ricordo un giovinetto in cui esisteva eredità morbosa che dapprincipio ebbe rapporti sessuali con donne, in seguito soddisfaceva al suo istitnto sessuale solo facendosi masturbare da ragazzi. Non raramente esiste l'una vicino all'altra la tendenza per i due sessi, ora in modo transitorio ora permanente. Veramente, una di queste tendenze solamente arreca maggiore soddisfazione. In tal caso si parla di *« ermafroditismo psichico »*.

Nella omosessualità accentuata si riscontra un'inversione anche in tutta la condotta della vita che si avvicina a quella dell'altro sesso. L'uomo diviene effeminato nei movimenti, nell'andatura, nel portamento, nei gusti. Egli dimostra un contegno delicato, affettato, diviene vanitoso, civettuolo, dà grande valore alla esteriorità, si veste con cura speciale, segue la moda, porta fiori all'occhiello, si profuma, si tinge, si fa pettinare, scrive letterine galanti su carta odorosa, abbellisce la sua camera come la camera di una fanciulla. Talvolta esiste la tendenza ad occuparsi di lavori di ago, a portare oggetti e vestiti femminili (busto), a imbottire il petto e i fianchi, a parlare in falsetto, in breve ad avvicinarsi in tutto, possibilmente anche nell'esteriore, alla condizione sessuale desiderata. D'altra parte noi vediamo le donne omosessuali distinguersi per la loro tendenza ad un portamento maschile, nel fumare e per bere, per fare scherzi sfrenati, per il modo di vestirsi e di pettinarsi, per gli *sport* e le professioni maschili. Tal cambiamenti sono chiamati da Kraff-Ebing *effeminatezza, viraginità*. Non raramente le prime tracce si riscontrano già fino nell'infanzia e sono le condizioni favorevoli per lo sviluppo completo dell'inversione sessuale, in altri casi tutta questa rivoluzione si manifesta in seguito, per uno sviluppo tardivo della omosessualità.

Infine esiste anche un piccolo gruppo di soggetti predisposti alla omosessualità, nei quali anche la conformazione *somatica* dimostra alcune deviazioni dal tipo sessuale, che richiamano il sesso opposto. A questo gruppo appartengono gli uomini senza barba, con voce in falsetto, femminile, con pelle liscia e bianca, piuttosto grossi, con mammelle sviluppate, con vita sottile e larghi fianchi; le donne con un po' di barba, ossatura grossa, voce bassa e rauca, bacino maschile, che sono da Kraff-Ebing chiamati i primi col nome di *androgini*, le ultime con quello di *ginandri*. Un vero ermafroditismo con istinto sessuale invertito non è stato fino ad ora riscontrato.

Il *decorso* di questo stato morboso e sempre lentissimo. Al completo sviluppo, che per lo più si manifesta verso la fine del 2.°, o al

principio del 3.° decennio della vita, possono precedere lunghi periodi di lotta o di eterosessualità, sebbene d'altra parte, talvolta una sola circostanza della vita, può tutto ad un tratto essere decisivo. In alcuni casi si è osservato un periodico insorgere di tendenze omosessuali unito o no con stati generali di eccitamento, che talvolta possono essere determinati anche dall'alcool. Due volte io vidi manifestarsi acutamente idee di persecuzione in infermi che erano generalmente coscienti. Essi temevano di essere scoperti, spiati, udivano parlare di loro, erano estremamente ansiosi e solo parzialmente e transitoriamente coscienti. Sfortunatamente io non ne ho potuto osservare il decorso successivo.

Questa inversione dell'istinto sessuale non è, secondo quel che è assicurato da tutti gli infermi di simil genere di malattia, affatto rara. Però i dati di ULRICHS, il quale in parecchi scritti, dalle proprie osservazioni ha trattato questo argomento, sono probabilmente esagerati: egli suppone che tra 200 uomini esista almeno un « *Urningo* » (femminile *urninde)*, come egli chiama questi infermi. In base a questi dati egli pretenderebbe che questo sentimento sessuale venisse riconosciuto legalmente e anzi che si debba dare il permesso per la formazione di durevoli, formali alleanze matrimoniali. In alcune professioni, specialmente in quelle che somigliano molto alle professioni femminili si riscontrano gli omosessuali con speciale frequenza; così ad esempio tra i decoratori, i tappezzieri, i camerieri, i sarti per signora e sembra molto spesso anche tra gli attori. Per lo più in tutti questi casi la scelta della professione viene influenzata dalla predisposizione originaria che è incline a tutto ciò che è femminile.

La *diagnosi* è spesso molto facile in quei casi nei quali esiste una grave trasformazione della personalità psichica o somatica, benchè anche non di rado in questa trasformazione possano esistere tendenze sessuali normali. Altrimenti la diagnosi del medico è possibile solo in seguito alla dichiarazione dell'infermo. Tutte le dichiarazioni di questi soggetti riguardanti la certezza e la rapidità con le quali essi si riconoscono sono vane frasi. Accanto all'inversione sessuale patologica ne esiste una artificialmente educata. Ambedue del resto sono da distinguere bene dalla semplice esecuzione di atti omosessuali, si mescolano l'un l'altro e possono essere distinti solamente nei singoli casi dalle dichiarazioni riguardanti il modo di origine.

Non può assolutamente mettersi in dubbio che questa alterazione sessuale cresca sopra il terreno di una *personalità morbosamente degenerata*. Al contrario è dubbio se il caratteristico mutamento dello

stimolo sessuale come tale sia innato, ovvero se è solo una delle molte forme di manifestazione di stimoli patologici, i quali con scarsa capacità di resistenza emotiva possono essere modificati da fatti esteriori della vita. In tale questione si è seguita per lo più l'opinione di KRAFFT-EBING in favore della prima possibilità, e le numerose auto-descrizioni degli urningi stanno a dichiarare decisamente, quasi senza eccezione, che le tendenze omosessuali sono originarie. Anche l'osservazione di un rapporto non solo di tutta l'indole, ma anche di certe particolarità somatiche coll'istinto sessuale invertito, sembra che possa spiegarsi solamente ammettendo che esista una originaria discordanza tra la formazione degli organi sessuali e la predisposizione sessuale della personalità. ULRICHS ha ammesso addirittura una « *anima muliebris in corpore virile inclusa* » e per lo meno si potrebbe pensare che col tardivo differenziamento dei due sessi potrebbe non aver luogo la abituale armonia tra tendenza somatica e psichica con le esterne caratteristiche sessuali.

Contrariamente a queste supposizioni v. SCHRENK-NOTZING ha portato importanti dati per la frequente origine ad eccitamenti più casuali. Egli ha con ragione affermato che nel nostro ordinamento sociale i primi impulsi sessuali, che per lo più si manifestano molto prima della vera età dello sviluppo, debbono essere collegati quasi necessariamente con avvenimenti che intervengono col proprio sesso (ragazzi nudi nel bagno, nel lottare, seduzioni dei compagni di scuola). Infatti sono molto frequenti vivaci amicizie sensuali tra ragazzi di scuola dello stesso sesso, i quali ancora non sanno nulla delle differenze sessuali. In persone normali le circostanze accessorie dalle quali emergono le prime sensazioni sessuali sono indifferenti per la successiva tendenza dello stimolo genitale. Invece nella predisposizione morbosa nella quale il risveglio dello stimolo sessuale suole avvenire sempre prima e più violentemente, ciò può essere di grande importanza. A favore di ciò parlano soprattutto alcune osservazioni sui feticisti, le cui tendenze sessuali rimangono per tutta la loro vita sotto il fascino di una determinata impressione. A tal punto si può ricordare anche il permanente dominio di alcuni circoli immaginativi e di impulsi che vengono eccitati dall'esterno nella nevrosi da spavento e nella pazzia coatta. Come il feticista ha un godimento sessuale solamente in circostanze determinate, così negli omosessuali il godimento sessuale stesso potrebbe collegarsi alla ripetizione di quelle impressioni le quali per la prima volta o in guisa specialmente eccitante risvegliarono lo stimolo sessuale. In questi casi queste sarebbero le caratteristiche del proprio sesso. In

ambedue i casi può avvenire che questo rapporto originario venga in séguito spesso dimenticato, e si rende evidente solo il risultato finale apparentemente enigmatico. Sia per i feticisti, come per gli omosessuali esistono numerose osservazioni che indicano decisamente l'origine qui accennata.

Ciò che è giusto per una aberrazione sessuale lo è anche per l'altra. Tutti gli studi fatti in questo campo dimostrano, secondo me, che l'istinto sessuale invertito è solo una isolata manifestazione tra le numerose forme degenerative dello stimolo sessuale. Se è possibile l'autosoddisfazione senza bisogno di altri che vi partecipi, se è possibile l'eccitamento sessuale per mezzo di oggetti, per mezzo di maltrattamenti esercitati e subiti, l'omosessualità perde allora la sua eccezionale posizione, che autorizzerebbe l'idea di una discordanza tra la disposizione somatica e quella psichica. Di quegli altri disturbi noi sappiamo che essi possono svilupparsi sul terreno generale della psicopatia originaria da fatti della vita ben determinati. Quindi non esiste una ragione per supporre un altro modo di sviluppo nell'amore per lo stesso sesso, tanto meno perchè le forme di cui si è parlato precedentemente, si associano spesso con queste in modo svariatissimo.

Contro la supposizione che il sentimento sessuale invertito sia congenito parla inoltre il fatto del frequente ermafroditismo psichico. Relativamente rare sono quelle persone nelle quali non è *mai* esistita traccia di eccitamento eterosessuale. Come nell'uomo normale le tendenze sensuali che originariamente si orientano forse più frequentemente verso il proprio sesso, in séguito vengono semplicemente soppresse da impulsi più potenti, così nei casi patologici l'eccitamento normale viene vinto dallo stimolo omosessuale che già da molto tempo si sviluppa esuberantemente sul terreno originariamente morboso. Da ciò la decisiva importanza dei primi insuccessi sessuali, da ciò anche la possibilità, che altrimenti sarebbe addirittura incomprensibile, di una guarigione degli infermi nel campo psichico, di cui parleremo in seguito. Il fatto patologico consiste quindi, come io debbo ammettere con SCHRENK NOTZING, frequentemente o solitamente non in un impulso originariamente sviluppato in senso contrario, ma nella strana *influenzabilità*, basata sopra la degenerazione della vita impulsiva che del resto si risveglia molto presto. A motivo di questa influenzabilità dell'animo giovanile la prima eccitazione della sensualità è molto importante per la successiva permanente tendenza di essa.

Vero è che contro questo modo di vedere si può ricordare il rapporto già indicato tra le qualità psichiche, e specialmente somatiche,

e la inversione sessuale. Però il valore di questi fatti è stato esagerato sotto la influenza dell'opinione di Ulrichs. Tutte quelle caratteristiche somatiche noi le possiamo riscontrare generalmente in ogni degenerato, senza che vi sia accenno di inversione sessuale. Inoltre negli infermi di cui trattiamo non sono affatto frequenti; al contrario la grande maggioranza di questi infermi possiede completamente tutte le qualità somatiche del loro sesso. Ugualmente si può giudicare in generale la strana disposizione psichica. Noi la abbiamo già riscontrata in alcune altre forme della degenerazione morbosa, in certe forme di debolezza mentale, ecc. senza alcun rapporto con la omosessualità. Al contrario io conosco diversi infermi che non posseggono affatto questi caratteri. Tuttavia è possibile che determinate qualità di carattere, che danno a ciascuno una speciale posizione nel suo ambiente, favoriscano fin dall'inizio l'origine di tendenze omosessuali. Finalmente una parte di esse, specialmente le abitudini della vita, sono semplicemente la *conseguenza* della tendenza sessuale una volta formata. Esistono del resto molti uomini con disposizione sessuale completamente normale che, a parte ogni rapporto con la loro professione, hanno una sorprendente conoscenza del modo di vestire femminile, della cucina, e addirittura una grande abilità nei lavori manuali femminili, mentre d'altra parte le nostre signore « emancipate » che fumano, vanno a cavallo, scrivono, studiano, non disprezzano affatto l'amore degli uomini.

Col concetto qui ammesso, che se forse non vale per tutti i casi, vale certo per la maggioranza dei casi nei quali esiste il sentimento sessuale invertito, la *prognosi* di questo disturbo diviene molto più favorevole di quel che non fosse prima. L'esperienza ha dimostrato in questi ultimi tempi che in qualche malato è possibile un esteso miglioramento e anche la guarigione.

Il *trattamento* consiste essenzialmente nel praticare la suggestione ipnotica, che in questi infermi come in tante altre forme ottiene successi, laddove tutti gli altri mezzi di cura sono impotenti. La suggestione deve essere diretta dapprincipio contro la frequente masturbazione e contro la aumentata eccitabilità sessuale. In seconda linea la suggestione cercherà di rendere il soggetto insensibile verso il proprio sesso, facendo impallidire i quadri fantasiosi, in terza linea eccitare il soggetto verso il sesso opposto per rapporti eterosessuali. Per lo più questa educazione ipnotica è molto difficile e lunga perchè si tratta di abitudini molto profondamente radicate. Schrenk-Notzing dà il maggior valore alle regolari, naturali relazioni sessuali che negli uomini è facile a proporre, ma che portano con sè anche alcuni pericoli

come dimostrano i casi riferiti dall'autore. È una fortuna che per le ragazze la questione della cura sia meno urgente! Bisogna essere guardinghi contro affrettati tentativi di coito, perchè se questo fallisce può danneggiare profondamente la fiducia in sè stesso. D'altra parte se si ha un successo, ciò procura un apparente rapido cambiamento dell'umore e anzi l'autoillusione di completa e permanente guarigione. La cura viene coadiuvata da misure contro lo stato nervoso generale dell'infermo: bromo, prescrizioni dietetiche, esercizi ginnastici, ecc. Il risultato finale, anche dopo che lentamente sono scomparse le tendenze omosessuali, sarà però sempre una personalità morbosamente degenerata. Fuchs vide in 42 casi tornare la tendenza per il proprio sesso 14 volte, mentre otto dei suoi infermi divennero « neutri ». Molti infermi così guariti si sono ammogliati.

XIV

La personalità psicopatica

La delimitazione incerta e oscillante del concetto di degenerazione porta seco, come possiamo osservare in quelle forme di pazzia che originano dalla predisposizione morbosa, un largo campo intermedio tra stati patologici pronunciati e quelle caratteristiche personali che rientrano ancora nel campo normale. Se nel senso più stretto della parola noi considerassimo come conseguenza di degenerazione tutte quelle qualità originarie che impediscono il raggiungimento pel fine generale della vita, in nessun uomo mancherebbero tracce di degenerazione. Il significato di patologico potremo darlo solo alle personali irregolarità che sono dovute ad una determinata direzione di sviluppo, quando però esse raggiungano una importanza considerevole per la vita somatica o psichica; la delimitazione è quindi puramente di grado, e in un certo modo volontario.

Da quando, specialmente per merito degli alienisti francesi, le nostre vedute per comprendere la predisposizione morbosa sono divenute più nette, noi abbiamo in molti punti imparato a comprendere meglio le caratteristiche della degenerazione in questo campo intermedio. Sicchè oggi noi siamo inclinati ad estendere le misure del giudizio psichiatrico a tutta una serie di gruppi di uomini che antecedentemente si solevano riguardare sotto un punto di vista del tutto differente. In tali casi si tratta, per così dire, di difformità psichiche, la cui morbosità è riconoscibile non per il mutamento avvenuto rispetto a periodi precedenti normali, ma solo per la loro generale deviazione dalla linea normale. Naturalmente il mettere in evidenza e il seguire le diverse variazioni patologiche dell'uomo fino ai suoi più lievi accenni è problema della massima importanza. Come già attualmente la Psichiatria riscontra in molte manifestazioni della vita normale la chiave per comprendere i disturbi morbosi, così la nostra conoscenza degli uomini

acquisterebbe una straordinaria profondità se fossimo in grado, nelle singole personalità, di mettere in evidenza chiaramente ovunque le radici più fine della condizione patologica. Questo è il campo del lavoro psichiatrico che, sorpassando di molto le pure quistioni mediche, giunge alla dottrina più profonda dell'essenza umana.

Appunto per ciò attualmente noi siamo solo in grado di dare superficiali accenni di queste conoscenze. Negli ultimi capitoli ci siamo occupati di descrivere quelle predisposizioni morbose che erano la base per lo sviluppo di disturbi di mente gravi e accentuati. In questo capitolo si dovrebbe trattare di quelle personalità psicopatiche che rimangono in sè stesse essenzialmente immutate per tutta la loro vita. Noi dobbiamo limitarci però a parlare di quelle forme principali che sono conosciute un po' meglio e che nello stesso tempo hanno una grande importanza per l'alienista. Il lavoro successivo porterà maggior luce in questo campo così vasto e interessante.

A. *Il Delinquente nato* (1).

Il fatto dell'esistenza di malati di mente, nei quali il disturbo si dimostra essenzialmente solo nella regione dei sentimenti o delle azioni, era stato già osservato dagli antichi alienisti francesi e messo da Grohmann in rapporto con speciali attitudini psichiche. Nell'anno 1835 Prichard riunì sotto il nome di « moral insanity » quegli infermi nei quali esiste una perversione del sentimento, del temperamento, delle tendenze, delle abitudini e delle azioni, mentre le facoltà intellettive non presentano alcuna irregolarità. Questa « pazzia del sentimento » prese in seguito, tra le mani degli alienisti francesi e tedeschi, il colorito speciale della « pazzia morale », che consiste nella unilaterale e circoscritta atrofia dei sentimenti morali con le loro conseguenze sulle azioni. La quistione della pazzia morale ha condotto a lunghe disquisizioni scientifiche, che ancora attualmente non sono giunte ad una completa conclusione. La possibilità di una circoscritta lesione delle facoltà morali è stata spesso combattuta, dimostrandosi il rapporto tra l'intera vita psichica e certe contemporanee mancanze più o meno pronunciate dell'intelligenza; in tal modo la pazzia morale dalla sua posizione separata

---

(1) Lombroso, *Der Verbrecher, Deutsch von* Fränkel, 1887; Kurella, *Naturgeschichte des Verbrechers*, 1893; Bär, *Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung*, 1893; Bleuler, *Der geborene Verbrecher*, 896; Aschaffenburg, *Das Verbrecher und seine Bekämpfung*, 1903; Müller, *Archiv fur Psychiatrie*, XXXI, 325.

fu spinta verso quella di semplice forma inferiore di debolezza di mente originaria. Una certa influenza per questo modo di vedere ebbe forse il riguardo per le presunte gravi conseguenze di questa dottrina sulla legislazione penale.

La diuturna osservazione insegna che il perfezionamento della intelligenza e dei sentimenti sono fino ad un certo grado indipendenti l'uno dall'altro; senza dubbio esistono soggetti che presentano una straordinaria disposizione intellettiva e che sono moralmente poco elevati e viceversa. Noi conosciamo inoltre nella *dementia praecox* un processo morboso che fin dall'inizio, e nel modo più grave, lede le facoltà emotive, mentre la percezione, la memoria ed il giudizio possono rimanere conservati per lo meno relativamente. In verità si deve ammettere che non esiste reciprocamente una completa indipendenza delle singole funzioni. Infatti anche nella insensibilità originaria non manca mai una certa diminuzione delle azioni intellettive, invece in tali casi ritroviamo di solito quei disturbi che abbiamo imparato a conoscere come concomitanti sintomi generali della degenerazione. Tuttavia non può negarsi l'esistenza di una numerosa classe di persone nelle quali specialmente lo sviluppo dei sentimenti morali è rimasto incompleto, mentre l'attività intellettiva lascia riconoscere solo irregolarità molto lievi. È proprio per questo che il giudizio psichiatrico di queste forme di degenerazione incontra ancora grande difficoltà, perchè siamo abituati a riguardare i difetti morali da un punto di vista completamente diverso da quello che facciamo per i disturbi intellettivi. La dottrina della pazzia morale ha avuto nuovi eccitamenti dalle ricerche della « scuola positiva » italiana, specialmente da Lombroso per delineare e delimitare più esattamente il quadro clinico del « delinquente nato ». Se alcuni dettagli di queste ricerche, specialmente le caratteristiche somatiche del deliquente nato e la spiegazione atavica delle sue qualità somatiche e psichiche, non resistono ad un severo esame scientifico, pure gli attuali estesi esami sulla vita psichica dei delinquenti, che trovano molti complementi in osservazioni puramente psichiatriche, non lasciano più dubbio che la dottrina del delinquente nato si basa sopra un nucleo molto solido. Per quanto sia giusto ammettere che per il prodursi di un fatto delittuoso vi sia bisogno di tutta una serie di circostanze puramente esterne e in un certo senso casuali, pure è anche sicuro che esistono forme di predisposizione che, nelle condizioni odierne della vita, vengono spinte con una certa fatalità alla lotta contro l'ordine sociale.

È merito della Scuola italiana di avere esaminato nelle più svariate direzioni gli speciali sintomi antropologici concomitanti di questa predi-

sposizione a delinquere. Secondo le statistiche di Lombroso circa il 25 °/₀ dei delinquenti, e un numero ancora maggiore degli omicidi, avrebbero l'impronta del delinquente nato. Noi crediamo di errare ammettendo che si tratta in tali casi di diverse gradazioni della degenerazione psicopatica. Le forme più lievi passano gradualmente in quei casi normali di predisposizione morale più povera o più ricca, le cui caratteristiche sono certamente non minori di quelle della predisposizione intellettuale. D'altra parte però esistono anche delle personalità la cui spaventosa incapacità morale fa risaltare più distintamente i tratti della degenerazione morbosa.

Per queste gravissime forme della disposizione a delinquere avrebbe ancora oggi diritto ad esistere il nome di pazzia morale o di debolezza morale. Fino ad ora veramente questa forma è, secondo la mia opinione, un concetto collettivo per una serie di stati di genere del tutto diversi, la cui esatta distinzione aiuterebbe di certo a rischiarare la questione. Sarebbe specialmente raccomandabile di separare gli eccitati costituzionali, i volubili, e i truffatori morbosi dal gruppo qui ricordato, che è specialmente qualificato per la sua *originaria apatia morale.*

La *intelligenza* di questi infermi è dentro i limiti della vita pratica sufficientemente sviluppata. Essi percepiscono bene, acquistano un certo patrimonio di conoscenze e di esperienze che poi sanno con furbi calcoli impiegare per il proprio vantaggio, non dimostrano lacune mnemoniche, nè gravi errori di logica nel loro pensiero. Malgrado ciò manca loro per lo più la capacità di acquistare punti di vista generali, di compiere un elevato lavoro psichico, di formarsi una salda opinione in rapporto con la vita e col mondo. Quelli che hanno studiato la natura dei delinquenti hanno portato specialmente la loro attenzione sulla mancanza di riflessione e di previsione. I delinquenti nati sono individui del momento, che non sentono il bisogno di pensare più in là del presente e dell'avvenire più prossimo.

Nel campo morale, spesso già fin dalla prima infanzia, la *mancanza della compassione* si dimostra per i crudeli tormenti irrogati ad animali, per maligne burle e perfidi maltrattamenti verso i compagni, per la inaccessibilità ad ogni influenza emotiva. Da ciò si sviluppa in seguito un ascoso risalto dell'egoismo più pronunciato, come anche la mancanza del sentimento dell'onore e di ogni affetto per i genitori e per i parenti. A questi casi appartengono quei fanciulli snaturati che fino dalla prima età cercano di uccidere i loro parenti per avere i loro vestiti e quindi raccontano con apatica indifferenza i dettagli del loro progetto con vivo rammarico perchè è fallito.

Ogni influenza educativa rimane infruttifera, appunto perchè i mezzi più preziosi di aiuto della educazione, l'amore e l'ambizione, mancano completamente in questi casi. Solamente con la violenza si possono forse sopprimere le manifestazioni del feroce egoismo. Ma a questo trattamento essi rispondono con falsità, con scaltrezza, con astuzia, con ostinazione, con bugie ed inganni. In tal modo l'egoistico perfezionamento della personalità progredisce sempre più. I sentimenti di affetto per i genitori, per i fratelli, per i camerati, restano per lo più solo finchè e in vista una diretta utilità. L'elevato sentimento del proprio valore si esprime con vanagloriosa vanità, braveria capricciosa, ostinazione, brutali violenze, il desiderio del godimento si manifesta con ripugnanza al lavoro, con stravaganze, prodigalità insensate e insieme osserviamo spesso una certa sensibilità femminile. Di solito esiste poca capacità di resistenza a seduzioni e stimoli subitanei, grande irritabilità emotiva, spirito vendicativo, incostanza, inconsideratezza e confusione nella condotta, sensibilità per l'alcool.

È evidente che una simile predisposizione deve spingere necessariamente alla carriera della delinquenza. Questa s'inizia per lo più col fuggire da casa e dalla scuola, con l'andare in giro senza alcuno scopo, mendicando, spesso entrando a far parte di associazioni a delinquere; nel sesso femminile con l' immoralità. Molto spesso a questo punto questi soggetti sono rinchiusi in una Casa di correzione. Mönkemöller (1) ha descritto molto bene gli abitanti di simili Asili, tra i quali circa $1/3$ erano deboli di mente pronunciati. Anche nella grande maggioranza degli altri soggetti i sintomi della degenerazione sono evidenti, specialmente la profonda avversione contro ogni regolare occupazione e la mancanza di qualunque interessamento che vada un po' al di là di ciò che è molto prossimo. Caratteristica per tal fatto è l' osservazione che solo 3 tra 200 di questi soggetti conoscevano il nome del medico che si era molto occupato di essi; pure Mönkemöller crede di poter indicare circa 73 di questi soggetti come « psichicamente normali ». I fanciulli che presentano i segni sopra descritti spaventano presto i loro genitori con le loro brutalità, con le loro menzogne, per la pigrizia incorreggibile, per i furti e per le frodi che commettono; essi vanno da una mano educatrice all'altra sempre con lo stesso insuccesso; fin tanto che diviene impossibile proteggerli dalle gravi conseguenze delle loro azioni.

---

(1) Mönkemöller, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, LVI, 24.

La vita successiva di questi soggetti moralmente incapaci è una continua lotta contro l'ordine sociale. Molto presto si sviluppa in essi il sentimento di contrasto ostinato contro la società che li scaccia dal suo seno. Essi non ricercano in se stessi, nelle proprie azioni la cagione del loro grave destino che li condanna a passare la vita nelle prigioni e negli ergastoli. Invece si tengono di essere vittime, crudelmente perseguitati, hanno agito come avrebbe fatto ogni altro al loro posto, credendo di non essere affatto peggiori di molti altri che vivono in mezzo ad onori e a ricchezze. Di solito manca loro anche la comprensione del probabile sviluppo successivo della loro vita. Essi sono convinti che in séguito riusciranno a sollevarsi appena siensi determinati a ritornare alle loro antiche occupazioni.

La reclusione viene sopportata da alcuni con docilità, mentre altri, con la loro tendenza alla insubordinazione, con la loro astuzia, col brontolare, con l'aizzare i compagni, col fare complotti, continuano anche nella casa di correzione la lotta contro i regolamenti. Con tutto ciò questi soggetti sono per lo più vivaci, meno tendenti ad una franca violenza che ad una passiva resistenza e ad un sordo lavorio. La loro sensibilità al dolore fisico è spesso molto grande, spesso esistono accentuate tendenze ipocondriache. Rimarchevole è la loro inaccessibilità ad ogni gentilezza e cortesia, alle quali sogliono opporre una fredda inesprimibile diffidenza.

Da queste personalità predisposte di valore morale minimo, proviene una gran parte di quei delinquenti che Aschaffenburg ha chiamato « delinquenti professionali », separandoli così dai delinquenti di abitudine. In questi si sviluppa un piacere crescente nella pericolosa lotta contro la legge, orgoglio per le proprie azioni, energica aspirazione a perfezionare tutti i mezzi di aiuto che possono condurre al successo. In tal modo si sviluppano quelle « specialità » pel delitto nelle quali spesso ci meravigliano ugualmente la furberia del progetto e la bravura e la abilità nell'esecuzione acquistata in seguito ad esercizio lungo e uniforme. Veramente si deve considerare che si tratta in questo per lo più di ripetizioni di antichissime astuzie riportate da generazione a generazione e che solo sono un pochino più raffinate e mutate. D'altra parte produce meraviglia l'imprudenza e la sbadataggine per le quali la riuscita di un progetto delittuoso che è stato ben riflettuto, viene in séguito frustrata.

Non può essere messo in dubbio che lo sviluppo della natura criminale vada unito molto frequentemente a pronunciata degenerazione somatica. Se anche le aspirazioni di Lombroso e della sua scuola

tendenti a trovare determinate caratteristiche antropologiche nel delinquente nato vadano forse al di là dello scopo, l'espressione di « faccia patibolare » ha diritto di rimanere. Non v'è persona che si possa sottrarre alla grave impressione che suscita la vista contemporanea di un grande numero di forzati. A prima vista si riconosce che si ha innanzi a sè una raccolta di persone che quasi tutte sono in un modo qualsiasi difformi e mostruose. Non sono determinate irregolarità sempre ripetentisi che ci colpiscano, ma è l'accumulo dei sintomi degenerativi di genere svariato che rende evidente come spesso anche la predisposizione somatica è nei più grandi delinquenti di non piccolo valore.

Il risultato delle misure e dei calcoli va perfettamente d'accordo con questa impressione generale. Attualmente è da tutti accettato che la gravità e il numero dei segni di degenerazione si manifestano più facilmente nei delinquenti che nel resto della popolazione. Ciò naturalmente non prova nulla per i singoli casi, tanto meno perchè le irregolarità da noi riconoscibili sono in sè stesse per lo più affatto senza importanza per la vita psichica, e dànno solo una indicazione per la probabilità di una lesione di parti più importanti. Una data personalità quindi, malgrado esistano numerosi segni degenerativi, può essere, dal punto di vista psichico, perfettamente normale. Ma in un gran numero di soggetti che presentano tali segni degenerativi dobbiamo attenderci di trovare una maggiore percentuale di irregolarità psichiche che non tra quelli che non presentano tali difformità. Vero è che non è necessario perciò che questi soggetti siano delinquenti. Invece è da ritenere che il delinquente nato sia solamente una delle numerose forme colle quali si manifesta la degenerazione.

Le *cause* generali da cui proviene l'atrofia morale qui descritta sono le stesse che già abbiamo imparato a conoscere in altri capitoli quali fonti della degenerazione; in prima linea vi è l'alcoolismo dei genitori. Tra i 200 corrigendi studiati da MÖNKEMÖLLER egli ne riscontrò non meno di 78, il cui padre era stato alcoolista; 5 volte l'alcoolista era la madre e 2 volte ambedue i genitori. Oltre a ciò potè mettere in evidenza nei genitori 24 volte disturbi di mente, 26 volte l'epilessia e con uguale frequenza malattie nervose di altro genere. L'influenza della educazione sullo sviluppo della personalità morale potrebbe dimostrare il fatto che la percentuale degli illegittimi sorpassa considerevolmente la media tra i delinquenti e gli abitanti delle case di correzione. Però bisogna considerare che le nascite illegittime si presentano più frequentemente negli individui di basso valore psichico e che in tali casi, nella generazione, l'azione dell'alcool

ha una parte importante. Perciò non è solo la mancanza dell'educazione che spieghi la frequenza dei delinquenti tra i nati illegittimi, ma ha una gran parte anche il difetto psichico ereditario e l'azione dell'alcool lesiva per il germe.

In ogni modo questi fatti, e di più la vasta estensione dei sintomi degenerativi somatici, infine la inaccessibilità delle vere nature criminali ad ogni influenza educativa della casa paterna e della vita, dimostrano che per lo meno in un certo numero di casi abbiamo a fare con una anormale predisposizione che conduce grado a grado allo stato patologico. È da ricordare anche che in una certa parte di questi soggetti, dopo una carriera criminale più o meno lunga l'individuo s'ammala di gravi disturbi di mente che conducono alla demenza, specialmente alla forma paranoide della *dementia praecox*. In due casi di originaria indifferenza emotiva che condussero all'assassinio e finirono sulla ghigliottina, Nissl riscontrò non dubbie alterazioni croniche nelle cellule corticali, prova questa che dimostra che in questi soggetti che non potevano essere considerati nella vita veramente malati di mente, ma solo moralmente deficienti, esistono talvolta processi morbosi cerebrali. Vero è che sarà sempre difficile distinguere in generale ciò che appartiene al normale e ciò che è patologico; qui il caso non è diverso da ciò che avviene negli altri campi della pazzia degenerativa. Per tal motivo specialmente, il giudice suole opporre una grande diffidenza alla ammissione di una debolezza morale. Specialmente il poter riscontrare la incapacità morale fino dalla prima infanzia unita a sufficiente intelligenza, inoltre la completa inaccessibilità a tutte le influenze che agiscono sull'animo, parleranno per la determinazione di una personalità *patologica*. Anche l'esistenza di distinti e numerosi sintomi di degenerazione somatica, la dimostrazione di influenze nocive sul germe, l'alcoolismo o le malattie mentali dei genitori, non sono certamente senza importanza, ma per il singolo caso tutti questi fatti debbono essere utilizzati solo per richiedere un esame più esatto dello stato psichico, non come prova della sua morbosità. Bisogna però considerare che alcuni di questi infermi sotto la disciplina e la protezione della prigionia o del manicomio non presentano quasi più accentuati disturbi, mentre dimostrano chiaramente la estensione della loro incapacità morale solo quando sono abbandonati a loro stessi e lasciati senza appoggio alle varie seduzioni della vita.

Il *trattamento* del delinquente nato presenta sfortunatamente ancora pochi punti di attacco e ancor meno speranze di riuscita. Se una educazione continua, severa, ma nello stesso tempo benevola in una piccola cerchia, possibilmente sotto la direzione psichiatrica, non porta a buon

risultato, l'inizio della carriera criminale non potrà essere impedito. Vero è che Lombroso ha difeso l'opinione che alcuni individui, con simile predisposizione, non sentono bisogno in circostanze favorevoli di mettersi in aperta discordia con la legge, ma invece possono soddisfare le loro tendenze delittuose in altri modi spesso anche nascosti. In ogni modo ciò vale solo per le forme più lievi che appartengono ancora al campo normale. Bär riferisce come talvolta in ragazzi originariamente del tutto inaffettivi sia avvenuto in séguito un miglioramento. Si sa anche che alcune tendenze delittuose che si mostrano precocemente per la menzogna, per i furti, per la crudeltà, possono dileguarsi quasi completamente con la crescente maturità psichica. Sembra perciò che si tratti di sviluppo successivo di qualità e capacità mancanti, sintoma che riscontriamo in modo simile anche nel campo dell'intelligenza; io quindi, per lo meno visti gli altri insuccessi, non sono incline ad attribuire in tali casi solamente all'influenza dell'educazione il decorso favorevole di questi casi. Per la vita successivo il sottomettere questi soggetti ad una occupazione regolare, l'accurata scelta dell'ambiente e infine l'allontanamento dai piaceri e dalle intemperanze alcooliche e sessuali è il còmpito principale. Vero è che tutto ciò potrà essere eseguito solo in casi leggeri; le nature criminali complete divengono immancabilmente prima o poi vittime dei loro istinti ostili alla società.

B. *Gli instabili.*

Un secondo grande gruppo della personalità psicopatica è formato da quei soggetti chiamati dai francesi « instabili ». Questi infermi sono caratterizzati da una *debolezza di volizione* che predomina soprattutto la condotta della vita. La disposizione intellettiva è talvolta in questi casi sufficientemente buona, spesso solo mediocre. Alcuni infermi si illudono per la rapidità della loro percezione, per la facilità con la quale imparano nuove cose, per l'abilità con la quale sanno riprodurle ed esprimersi. Spesso essi sono forniti di un forte potere di osservazione, riconoscono facilmente le debolezze e le caratteristiche dell'ambiente nel quale vivono, dimostrano vivacità e mobilità di animo, comprendono eccellentemente, sanno mostrare il loro sapere. Manca però loro completamente la forza per un vero lavoro costante. Essi iniziano tutto con grande zelo, ma si stancano con estrema facilità e non sono quindi in grado di condurre a fine sistematicamente una regolare educazione. Non vanno mai a fondo nelle cose; il loro sapere rimane sempre superficiale e pieno di lacune, spesso viene facilmente

acquisito, ma non elaborato psichicamente e quindi viene dimenticato con la medesima rapidità. Nella scuola dànno talvolta grandi speranze a causa del loro talento, speranze che poi non si verificano per la superficialità e incostanza di questi soggetti. Sono quei ragazzi dei quali si dice che potrebbero fare molto di più se volessero; solo sfortunatamente non possono volere.

Lo sviluppo intellettivo più elevato resta di solito manchevole. La formazione dei concetti è poco chiara e indistinta, il giudizio non maturo e unilaterale, la vita viene compresa in modo poco netto e limitato. L'interessamento è rivolto a ciò che è scherzo, al superficiale godimento della vita, mentre non trovano eco quistioni profonde. Spesso s'incontra la tendenza a sogni, a tentativi poetici o teatrali, a composizioni superficiali, a occupazioni artistiche, tutto però senza serietà e senza profondità.

Lo stato sentimentale degli infermi va per lo più soggetto a molti cambiamenti, ora è elevato e fiducioso, ora è piuttosto sensitivo, effeminato o malinconico. Questi infermi si entusiasmano con grande facilità; ma si scoraggiano con la stessa rapidità, tutto ciò in brevissimo tempo. Per lo più esiste aumentata irritabilità, capricciosità e sensibilità. Gli infermi si sentono facilmente offesi e trascurati, divengono diffidenti e ingiusti, ma facilmente si cambiano nuovamente. Per lo più i rapporti tra gli infermi e i loro prossimi parenti divengono a poco a poco cattivi. Poichè gli infermi sono un grave peso alla loro famiglia, che suole giudicare i loro difetti dal punto di vista morale, vengono educati in ogni possibile modo, ma quasi sempre inutilmente. A motivo di ciò negli infermi non molto perspicaci si sviluppa un certo sentimento di malumore e si inaspriscono; essi non ricercano la causa di questo fatto nel loro proprio contegno, sibbene nella mancanza di affetto dei loro parenti. Benchè siano per lo più inoffensivi e di indole buona, sono però dominati da un pronunciato egoismo. Il loro bene e il loro male ha una grande importanza nel loro orizzonte, mentre dimostrano di comprendere poco e compatiro ancor meno gli interessi del loro ambiente. Non sono inclini a fare privazioni, pretendono invece comodità e la soddisfazione dei propri bisogni non sempre modesti, o ogni limitazione a questi loro desideri è ritenuta come una offesa non meritata. Spesso esiste una certa vanità, la quale si manifesta nella cura effeminata di cose esterne, in una maniera ricercata di esprimersi, nella tendenza a vantarsi e a fare il grande.

La mancanza di costanza, di capacità di resistenza e di energia si vede risaltare completamente quando gli infermi non rimangono più

sotto la protezione delle condizioni familiari. Fino allora il loro contegno è essenzialmente dipendente da quello dei loro camerati, perchè questi infermi sono soggetti nel più alto grado alla influenza dell'esempio e della persuasione. Nella scuola sono reputati distraibili e volubili, si lasciano facilmente trasportare a compiere azioni sciocche, ma sono accessibili a misure educative, sebbene l'effetto di queste non duri a lungo. Appena però essi divengono indipendenti perdono presto ogni sostegno. Poichè non piace loro di lavorare, cambiano spesso le loro occupazioni nella speranza di trovarne un' altra più facile. Non sono puntuali, trascurano i loro lavori, non durano a compiere le ore di lavoro prescritte, sono trascurati nell'adempimento dei loro doveri. La colpa della loro inattività è riferita ad ogni genere di cause; qui l'occupazione è troppo noiosa, troppo faticosa, in questo posto la camera del lavoro è malsana, in quello il superiore è troppo scortese. Ogni eccitamento emotivo che viene prodotto dalle sciocchezze più ridicole rende impossibile all'infermo per alcun tempo l'occupazione; egli allora non può per nessun fatto continuare il lavoro, deve prima tranquillizzarsi, visitare teatri e concerti per distrarsi. Molto frequenti sono i fatti ipocondriaci. Gli infermi si preoccupano moltissimo della loro salute, si sentono subito spossati, hanno dolori di testa, sensazioni di stanchezza quando hanno appena cominciato a lavorare. A causa di ciò dovunque vengono licenziati dopo breve tempo, al massimo sopportati come volontari, sono completamente incapaci a farsi una posizione indipendente nella vita.

Ciò malgrado manca quasi sempre il sentimento di vergogna per trovarsi in questo stato. Gli infermi ritengono giusto di dover essere mantenuti, credono il loro contegno perfettamente giustificato dalle circostanze. Benchè non guadagnino nulla, spendono molto danaro, acquistano in quantità tutto ciò che loro piace, spesso anche delle cose senza alcun utile, non si rifiutano nessun desiderio senza darsi pensiero dell' avvenire. A ciò si aggiunge che troppo facilmente cedono a qualsiasi tentazione. Se si riesce di metterli sotto una certa tutela, rimangono bensì individui incapaci, determinabili, ma conducono almeno la loro vita inattiva senza guai maggiori, la riempiono di futili cose e con passeggiate, con riposo senza essere stanchi, con cure senza essere malati. In cattiva compagnia si danno però senza tregua ad accessi sessuali, si attaccano malattie, cominciano a bere, a giuocare, a sciupare insensatamente il loro danaro. Sotto influenze possono giungere anche ad azioni molto pericolose, anzi delittuose. Sono questi malati nei quali si sviluppa talvolta il quadro della pseudo-dipsomania. Essi vivono forse per mesi interi completamente astemi, ma per una qua-

lunque causa che vinca la loro debole volontà si mettono a bere insensatamente e non cessano prima di essere completamente ubbriachi o prima di aver finito i loro mezzi. In questi casi non è uno stato di depressione che spinge gli infermi all'alcool, ma è una occasione del tutto casuale, per esempio quello del congedo di un buon amico. Perciò non si può parlare di ripetizione periodica, invece la ripetizione è determinata da circostanze esterne. L'infermo inoltre non diviene agitato per l'alcool, ma semplicemente ebbro.

I gradi più leggeri della debolezza volitiva qui descritti sono senza dubbio frequentissimi. Noi possiamo ammettere indubbiamente che una grande parte dei « deliquenti abituali » come li delimita ASCHAFFENBURG, ma specialmente una grande quantità di vagabondi, di mendicanti e forse anche di prostitute appartiene a questo gruppo. La instabilità appare veramente morbosa solo quando è in decisa opposizione con le condizioni esterne della vita. Nei nati illegittimi, in quelli rimasti orfani molto presto, in quelli cresciuti in povertà e in mezzo alla depravazione, oppure in quelli che sono caduti nella vita delle bettole, noi non ci meraviglieremo se essi si lasciano andare subito ad ogni tentazione, se si lasciano spingere dalle circostanze se vivono senza alcun pensiero, se con nessuna voglia di lavorare girano per le vie. Infatti in tali condizioni vi ha bisogno di un grado più elevato di forza originaria per reggersi e per non soccombere nella lotta per la vita. L'esame dei vagabondi ci insegna che tra essi esiste un grande numero che è trasportato a questa vita non per altra causa che per la loro congenita instabilità. Ciò è molto considerato nei figli delle classi benestanti, nei quali malgrado tutte le cure educative, le speranze falliscono di fronte alla apatia e alla incostanza. In queste famiglie non mancheranno quasi mai le tracce della degenerazione, di cui il quadro morboso spesso presenta le caratteristiche cliniche. Infatti noi abbiamo imparato a conoscere come manifestazioni concomitanti più importanti della nervosità, l'abulia, l'incapacità a vincere le resistenze, ad agire energicamente.

Il graduale fallire degli infermi quando si avvicinano a problemi di vita più gravi si può rassomigliare a ciò che si osserva nella *dementia praecox*. Solo in questi casi si tratta senza dubbio di un fatto completamente diverso. La instabilità conduce, è vero, all'ozio e alla rinunzia di una sfera di attività, ma non alla demenza. Gli infermi rimangono ciò che erano nella giovinezza, non divengono ottusi e indifferenti, ma solo poco inclinati al lavoro, conservano le loro predilezioni e hanno assolutamente bisogno di riempire il loro tempo in

modo gradevole. Malgrado tutte le idee errate e unilaterali, non si sviluppano vere idee deliranti e nemmeno disturbi psico-sensoriali. Gli infermi infine mantengono un contegno abbastanza normale, la loro volontà è debole e influenzabile, ma non mai strana.

Anche certe rassomiglianze con altre forme di pazzia degenerativa non si debbono disconoscere. L'aumentata influenzabilità ricorda l'isteria, ma in questi casi mancano le estese influenze accessorie delle emozioni e i sintomi fisici; tuttavia talvolta vengono osservati alcuni caratteri isterici. Con il delinquente nato gli infermi hanno comune l'accessibilità ad ogni seduzione, la nessuna voglia di lavoro, la superficialità delle azioni psichiche, la mancanza di previsione, l'egoismo; oltre a ciò anche questi infermi sono spinti abbastanza spesso al delitto. Malgrado ciò sono da distinguere nettamente queste due forme della personalità psicopatica. In questa forma manca completamente la passionalità, la resistenza che li distingue dai delinquenti nati; non si parla di una volontà delittuosa indipendente, di una lotta contro la legge e contro l'ordine sociale. Quando vengono commessi da questi soggetti dei delitti, ciò è dovuto ad occasioni determinanti, e si limitano in genere ad azioni che non richiedono nè risolutezza nè energia.

Poichè la instabilità morbosa rappresenta una forma di manifestazione della degenerazione, a me sembra che un vero *trattamento* di essa sia quasi inammissibile. Fino a qual punto l'educazione nei casi singoli, con il sistematico esercizio ad un regolare adempimento dei doveri e ad uno sviluppo della attività fisica possa giungere, a qualche risultato, dipende esclusivamente dalla gravità dello stato anormale. In seguito forse i Sanatori per nervosi, con l'insegnare a lavorare, potranno ancora agire favorevolmente, come anche potrebbero essere combattute molte deficienze morbose; disgraziatamente gli infermi solo raramente si risolveranno da loro stessi a sottomettersi per un certo tempo ad essere rinchiusi nel sanatorio. In alcuni casi ho veduto buonissimi successi con la continua astinenza dall'alcool. In condizioni favorevoli si riesce a preservare per lungo tempo gli infermi da ricadute. Vero è che con tutto ciò non diventano diversi, ma risulta evidentemente come l'allontanamento di questo pericolosissimo nemico della nostra forza volitiva sia capace di impedire il compimento di cattive azioni, di rialzare la condotta generale degli infermi e di rendere sufficientemente fertile la loro residuale capacità attiva.

C. *I bugiardi e truffatori morbosi.*

Il quadro morboso degli anormali bugiardi e truffatori, della « *pseudologia fantastica* » è stato delimitato con la maggiore esattezza da Delbruck. In tali casi si tratta essenzialmente di una morbosa *ipereccitabilità della immaginazione e di una difettosa fedeltà mnemonica, e inoltre di una certa instabilità nel campo dei sentimenti e della volontà.* Questi infermi a prima vista sembrano molto intelligenti. Essi percepiscono con grandissima rapidità, sanno ritrovarsi bene in nuove condizioni con una straordinaria facilità, acquistano facilmente isolate conoscenze che sanno poi eccellentemente elaborare, quali nozioni geografiche, storiche, poesie e anche lingue straniere; essi possono nella conversazione passare facilmente a diversi argomenti, hanno tutto sentito e giudicano con grande sicurezza. In questo modo essi possono dare l'apparenza di possedere una estesa istruzione e conoscenza letteraria. Ad un esame più esatto però si rileva che hanno raccolto di tutto solo cose staccate e incoerenti. Le loro conoscenze sono del tutto superficiali e rappresentano in realtà solo un miscuglio confuso di fatti completamente non digeriti e spesso non compresi o molto falsificati; al pensiero manca il sistema, l'ordine, la coerenza, al giudizio manca la maturità e l'oggettività, alla percezione della vita manca la profondità e la serietà.

Con l'accessibilità per nuove impressioni si associa anche, oltre a ciò, in tali casi, una straordinaria *mobilità del contenuto mnemonico.* Ambedue i sintomi sono forse le manifestazioni di uno stesso disturbo fondamentale, di una aumentata labilità dei processi psichici. Ricordi, toni sentimentali, desiderii, eventi casuali mutano e coloriscono i tratti di ciò che è avvenuto nel modo più diverso, sicchè in breve si ha un miscuglio inestricabile di verità e di invenzioni. Del resto i disturbi della fedeltà mnemonica possono anche, nelle condizioni normali, diventare molto forti, come è provato dalle gravissime contraddizioni, tra le dichiarazioni di testimoni di buona fede in processi lunghi ed emozionanti; le numerose invenzioni allora insorgenti vengono riferite con piena convinzione. Nei bugiardi morbosi tali falsità e falsificazioni dei ricordi possono presentarsi nella più grande misura. Innanzi tutto esiste forse ancora un sentimento confuso della inesattezza di ciò che vien detto, una tal quale incertezza. Ma ben presto i particolari di cose avvenute e quelli inventati si legano così intimamente l'uno all'altro che gli infermi stessi non sono in grado di spiegarne l'origine.

Il quadro morboso però riceve la sua speciale caratteristica dalla *soddisfazione* che si collega in questi casi colla volontaria falsificazione dei ricordi, per il « piacere di fantasticare ». Gli infermi dimostrano una vivace tendenza ad abbellire anche le cose più indifferenti con cambiamenti ed aggiunte; spesso non sono in grado di ripetere due volte il medesimo fatto nello stesso modo, ma fanno sempre nuove variazioni. La mobilità della loro immaginazione li spinge a figurarsi eventi non veri, a sognare di trovarsi nella vita in situazioni romantiche, e finalmente a raccontarli come avvenimenti sicuri e a rivestirli con forme sempre di nuovo mutevoli. Una inferma di Reinharn si compiaceva scrivere alle sue amiche lettere piene di invenzioni, per animare in tal modo la fredda realtà; scrisse ad altri e a sè stessa lettere anonime per ricevere una volta qualche cosa di anonimo.

In tal modo gli infermi giungono a perdersi in una confusione di notizie e di racconti e per uscire da questi debbono fare nuove azzardate invenzioni. Uno dei miei infermi ci raccontò ogni giorno una nuova favola riguardo alla sua vita passata, e ogni volta mostrando sincero pentimento per le bugie che aveva dette, assicurando che egli finalmente voleva sollevare il suo cuore e dire tutta la verità, perchè egli aveva ormai acquistato piena fiducia. Gli avvenimenti più stravaganti vengono riferiti con grande naturalezza, con un fare misterioso, prudente o con un equivalente sciupio di scoppii sentimentali: discendenza da famiglie principesche, tremendi pericoli sopportati, nemici potenti, casi inauditi, tutto ciò come nei romanzi di appendice, anzi alcuni particolari vengono addirittura presi dalle letture; il contenuto può cambiare secondo il bisogno o il capriccio, ma certi tratti fondamentali ritornano sempre. Spesso si ha l'impressione che i malati vivano completamente nelle loro invenzioni, come Don Chisciotte, nei racconti cavallereschi. Però non si può parlare di vere idee deliranti come si potrebbe pensare; gli infermi sanno benissimo che fantasticano, ma si lasciano trasportare dal loro tema e lo lavorano con zelo come i veri poeti, senza darsi spiegazione del loro agire. In seguito sono obbligati dalle loro antecedenti dichiarazioni a esporre nuovi fatti inventati, ma anche senza questo motivo esterno non possono resistere alla interna attrazione di dare ad ogni occasione libero corso alla loro immaginazione. Periodicamente forse dimenticano anche completamente i confini tra realtà ed invenzione. Di fronte a controprove evidenti o si dimostrano umiliati, giurano di correggersi per giustificare il loro contegno con nuovo tessuto di bugie stravaganti abbellite da solenni promesse, o negano semplicemente tutte le loro antecedenti dichiarazioni, prendono l'aspetto della

innocenza offesa, rifiutano ogni altra spiegazione. Se in questo modo hanno acquistato tempo, allora sanno meravigliarci presto con nuove rivelazioni.

L'*umore* degli infermi è per lo più sorridente e presuntuoso. Vivono spensieratamente, non si danno alcuna cura, hanno fiducia nella loro stella, sono sempre disposti a scherzi e a burle. Talvolta però si possono avere anche scoppi di disperazione teatrale o di irritabilità grave. Specialmente quando si interviene contro le loro invenzioni si presentano nell'infermo vivi stati di eccitamento, però tali oscillazioni dell'umore sono abbastanza superficiali e ben presto cedono di nuovo alla abituale sicurezza di sè. Gli infermi non mostrano alcuna traccia di coscienza della malattia, anzi si credono forse molto favoriti in senso psichico, e anche geniali; si vantano nel modo più inopportuno delle loro relazioni di famiglia, dell' educazione eccellente ricevuta, della loro grande scienza e del loro avvenire. La colpa dei loro evidenti insuccessi viene rimessa a contrarietà, ad aiuti insufficienti, alla ostilità dei parenti, ecc. Già nei racconti più semplici si lasciano facilmente trasportare ad evidenti esagerazioni, anche quando si può dimostrare subito la loro falsità. Alcuni dei miei infermi affermavano insistentemente di conoscere perfettamente, tanto da poterle parlare e scrivere, parecchie lingue straniere, mentre la prova dimostrò che conoscevano appena poche frasi. Nel loro contegno gli infermi sono abili, sicuri, presuntuosi. Sono estremamente curiosi, s'immischiano volentieri in ogni cosa, sanno fare impressione, ispirare fiducia e rispetto a persone semplici. Uno di questi malati, che per gravi truffe era stato portato in clinica per l'esame del suo stato di mente e che da noi si congedò in soprabito e cilindro, seppe determinare con un solo gesto inimitabile la guardia che lo venne a prendere, a portargli la sua valigia. Gli infermi hanno tendenza a discorrere, a leggere, si occupano anche, ma senza resistere a lungo; amano il cambiamento, le distrazioni, le rappresentazioni, l'allegra compagnia. Per lo più dispongono di una grande eloquenza, che dà loro occasione ad impiegare espressioni scelte, parole ricercate, in modo da nascondere le grandi lacune della loro educazione. Abbandonati a sè stessi, sogliono condurre una vita irregolare, stravagante, prodiga, hanno abitudini aristocratiche, si vestono secondo la moda più recente, sciupano spensieratamente il loro danaro per futilità.

La descritta predisposizione costringe con una certa necessità gli infermi alla carriera dal truffatore, del cavaliere d'industria o del vagabondo. Già nella prima giovinezza si suole manifestare la loro

tendenza profonda ad ogni genere di truffe. Un ragazzo di 10 anni da me osservato, un giorno andò ad un tratto in una caserma, disse di essere figlio del colonnello e volle prendere lezioni di cavallerizza invece di andare a scuola; un'altra volta egli raccontò di aver trovato un gioiello di valore e di averlo portato in questura. La tendenza alle avventure induce gli infermi a vagare lungamente, adoperando la loro facoltà inventiva a raccontare a persone credule le storie più fantastiche riguardo alla loro persona, al loro passato, alle loro speranze per l'avvenire, traendo in tal modo a queste persone il danaro di tasca. Essi si circondano talmente col velo del segreto, che spessissimo è completamente impossibile verificare la loro personalità. Compaiono sempre come discendenti di buona famiglia, costretti da motivi speciali a fuggire, a tenersi nascosti, attendendo di ottenere grandi ricchezze. La verosimiglianza di questi racconti essi sanno aumentarla con ogni furberia, con lettere e documenti falsificati, sicchè si forma un esteso tessuto di bugie, sebbene secondo il bisogno sempre variante. Si fanno prestare danaro da una quantità di persone, raccontando loro storie commoventi: presentandosi come colleghi di professione, si designano sempre con nome diverso, iniziano relazioni amorose per avere danaro dalle fidanzate per mezzo di pretesti romantici, ordinano merci di ogni genere sotto nomi aristocratici. Il loro procedimento quindi è molto somigliante a quello degli ordinari truffatori, ma è notevole il fatto che gli infermi mentiscono anche in casi in cui non hanno alcun interesse a farlo, in cui non ne hanno alcun vantaggio o solo piccolissimo. Alcuni di questi infermi girano semplicemente il mondo, si guadagnano la vita con lavoro instabile, ma onesto, si vantano e mentiscono senza altro motivo che per la gioia delle loro invenzioni e delle impressioni che in tal modo fanno sui loro compagni.

Anche la *pseudologia fantastica* è una forma di manifestazione della degenerazione. Molto frequentemente essa è accompagnata da sintomi nettamente isterici. Malgrado ciò non collocheremo questo quadro nelle forme isteriche, perchè viene osservato anche senza questi sintomi concomitanti. Piuttosto dobbiamo supporre che si tratti in tali casi della riunione di due forme di degenerazione intimamente in parentela tra loro, benchè differente. Delbrück riferisce di una inferma nella quale riscontrò inversione dell'istinto sessuale. Molti rapporti esistono anche col gruppo degli instabili, con i quali noi abbiamo riscontrato varii caratteri comuni; io ho osservato dei casi che possono essere considerati addirittura come forme di passaggio. Infine però si può essere in dubbio se alcuni di questi infermi non debbano essere collocati

tra le forme antecedentemente descritte di eccitamento costituzionale. Se tali casi non si possono far rientrare nettamente tra queste forme, come neppure in altre forme della pazzia degenerativa, però l' eccitamento psicomotorio che risalta distintamente e che per sè stesso non è dovuto alla pseudologia fantastica può indicare la giusta via. Grave deviabilità, eccessiva irritabilità, loquacità e spirito di iniziativa, grande instabilità e irrequietezza parlano per quella forma antecedentemente descritta, nella quale il fantasticare è un sintomo concomitante molto frequente, ma non assolutamente necessario. Al contrario l'invenzione fatta con gran piacere dei dettagli, un contegno dignitoso, un ingegno inventivo, abbondante, ma senza eccitamento, l'abile sfruttamento delle debolezze umane, corrisponderebbe maggiormente alla caratteristica del truffatore nato. Di speciale importanza mi sembra il fatto che nell'eccitamento costituzionale la tendenza a mentire risalta solo per un certo tempo e può mostrare distinte oscillazioni, mentre in questi casi è una permanente caratteristica personale. Anche i mutamenti di umore frequenti e repentini, specialmente i periodi di oppressione senza motivo e di disperazione, debbono risvegliare il sospetto della esistenza di uno stato di eccitamento costituzionale. Dal campo della normalità la pseudologia fantastica può passare naturalmente senza distinti confini nel campo dei truffatori ordinari, e anche più in là di quello delle predisposizioni morbose, nelle quali la fedeltà dei ricordi e anche specialmente delle riproduzioni per mezzo di aggiunte, omissioni, colorito personale, ecc., suole assumere forme più simpatiche della vera realtà.

Riguardo alla *prognosi* e al *trattamento* si può solamente dire ciò che è stato detto per le altre forme di pazzia degenerativa. Alcuni di questi infermi sono capaci di produrre tale e tanta confusione, che vi è bisogno di tenerli permanentemente in reclusione.

D. *I pseudo querelanti.*

Già nella descrizione della processomania abbiamo accennato come esista un gruppo di personalita morbosamente predisposte, il cui contegno presenta una certa somiglianza con quello dei veri querelanti, senza però che si abbia lo sviluppo di un vero *delirio*. Come forse le invenzioni e le falsificazioni dei ricordi dei bugiardi anormali potrebbero essere messe a confronto, come pseudo-paranoia, con le forme deliranti paranoiche, così crediamo di poter descrivere questa forma caratteristica della predisposizione morbosa sotto il nome di « *pseudo*

querelanti ». Se in questo caso abbiamo a fare con un gruppo unico, oppure sarebbe utile distinguere diverse forme, lasceremo per ora indeciso.

Lo stato intellettuale degli infermi è per lo più mediocre, ma talvolta è buonissimo. Di solito posseggono una certa furberia con la quale sanno usufruire di piccoli vantaggi e comprendere bene le debolezze dai loro avversari; alcuni si distinguono per i sofismi e per la tendenza a sottilizzare. La memoria è per lo più buona, spesso però per il personale colorito dei ricordi può essere non molto fedele. I fatti antecedenti si mutano insensibilmente nel senso dei proprii bisogni emotivi. Anche il giudizio è unilaterale, subbiettivo, tendente alla esagerazione, in alcuni punti strano, influenzato da vivaci sentimenti. Persone e cose vengono quindi spesso percepite erroneamente e ingiustamente giudicate. Gli infermi da una parte sono eccessivamente creduli; i fatti che corrispondono alle loro tendenze e alle loro opinioni vengono accettati come giusti senza altro esame. Appena però sono in contrasto con i loro desiderii incontrano una estrema ed ostinata difficoltà ad essere ammessi.

Questo grave influenzamento personale sulle percezioni, sui ricordi e sui giudizi si basa sopra una *aumentata eccitabilità emotiva*. Tutti questi infermi sono soggetti passionali che per cose futili possono cadere in grave eccitazione. Essi risentono come un grave torto ogni danno reale o apparente dei loro diritti e si credono autorizzali a combattere con i mezzi più energici. Perciò sono vendicativi e costanti nel loro odio, giudicano in senso di personalità ogni opposizione, sono subito pronti ad ammettere motivi disonesti nell'avversario, a portare la lotta nei campi diversi della vita. A questa passionalità va unito un aumentato *sentimento del proprio io*. Gli infermi non solo si ritengono molto intelligenti, superiori a coloro che li circondano, ma sono inclinati ad attribuire a ciò che essi fanno quasi una importanza pubblica, sembra loro di essere i rappresentanti di qualche cosa di superiore; appunto perciò con molta facilità essi si ingolfano in lunghe liti per fatti per se stessi insignificanti, perchè si sentono obbligati a combattere fino all'ultimo la lotta per la giustizia e a difendere anche di fronte alla autorità i diritti più alti di giustizia oppugnati nella loro persona.

È naturale che questa associazione di una morbosa sensibilità insieme con mancanza di riguardo e con arroganza, portano gli infermi a molte lotte e a molte difficoltà con le persone del loro ambiente. Essi hanno allora molti dispiaceri e piccole irritazioni che portano anche a gravi conseguenze. Gli infermi perseguono ogni singolo fatto con la più grande insistenza e per quanto è loro possibile, non si acquetano alle deci-

sioni, rifiutano ogni accomodamento, mettono in moto tutte le loro conoscenze, inviano una infinità di suppliche alle autorità, cercano di interessare il pubblico alle loro liti. Tuttavia rinunziano infine a questa lotta quando non sentono più la possibilità del successo e talvolta rinunziano anche prima a fare i passi estremi quando è troppo evidente la sproporzione tra la possibilità di vincere e le spese che minacciano. Allora cercano di avere soddisfazione in altro modo, accusano di falso giuramento i testimoni che non hanno detto ciò che essi volevano, oppure fanno stupide denunzie, mettono in giro notizie fantastiche, inopportune, ingiurie, calunnie. A ciò succedono di solito altre liti, che non fanno altro che inasprire maggiormente l'infermo e forse portano la lite su altro terreno. In mezzo a tutto ciò possono avvenire piccoli errori o mancanze dall'una o dall'altra parte, che possono prendere l'aspetto di fatti di grande importanza. Così piovono senza interruzione avvisi, accuse e controaccuse, pretese di indennità, citazioni, esami testimoniali, cause, spese di processi, sequestri per mano di usciere, sicchè l'infermo o in modo o nell'altro occupa continuamente il tribunale. Con ciò naturalmente la sua vita industriale va sempre più in rovina. Accanto alle irrequietezze e alla continua agitazione, la miseria e i pensieri per vivere acuiscono ancora da parte loro l'irritabilità e l'inasprimento del malato.

Questo stato può durare per decenni. Si può però parlare di andamento progressivo solo in quanto i rapporti dell'infermo col suo ambiente divengano gradualmente sempre più tesi. Non solo egli stesso si sente trattato in ogni occasione con ingiustizia e con ostilità, ma anche i suoi vicini e i suoi conoscenti sono inquieti contro di lui, lo trattano con la stessa maniera con la quale egli li tratta, sicchè ne nasce una continua, meschina lotta, che, dato il reciproco umore, riceve nuovo nutrimento da ogni lieve avvenimento. Vere idee deliranti non si manifestano mai. L'infermo ritiene senza eccezione i suoi avversari come sciocchi, birbanti, ma ciò presso a poco come l'osserviamo avvenire nelle lotte dei partiti politici. Non è sempre con la medesima persona che l'infermo è in lite, ma ora con una ora con un'altra del suo circolo, sebbene naturalmente le ostilità possano durare spesso molti anni, ma soprattutto non è mai un solo fatto che forma il punto di partenza per le successive liti, invece sono numerosi fatti isolati che non hanno rapporto reale fra loro, benchè siano forse originati dalla stessa fonte di inasprimento personale. In altre parole manca il legame soggettivo che unisca come in una catena i singoli fatti.

Questo intimo legame invece è formato, nel vero querelante, dal delirio. Tutte le sue lotte provengono solo dalla aspirazione di ottenere

giustizia per i torti fatti originariamente a lui, e che sembrano il risultato di una persecuzione. Questo è il motivo perchè non si può tranquillizzare dopo la sentenza, perchè considera ogni insuccesso successivo come la continuazione di questa persecuzione e adopera perciò i mezzi più disperati per vincere i suoi numerosi nemici. Invece nei casi di cui ora ci occupiamo non si trova nulla di questo. L'infermo si rassegna quando vede di non poter ottenere altro, non avviene quasi mai che dubiti della imparzialità dei tribunali, oppure di crederli alleati de' suoi nemici e quindi di coprirli di ingiurie. Le antiche liti sono dimenticate o almeno non vengono riprese; in ogni modo non chiede sempre nuovamente altre indagini. Il circolo dei suoi avversarii si allarga ugualmente ma soltanto a causa dai litigi personali, non in rapporto delirante con un unico nucleo di tutta la lotta. Non raramente del resto i pseudo-querelanti ottengono qualche volta ragione dai tribunali, sia che una loro denunzia conduca al castigo dei malfattori, sia che l'appello ad un giudizio abbia successo, o che non venga accettata una querela contro di loro. Anche questo è un fatto che prova come i rapporti dei pseudo-querelanti con la giustizia non sieno sotto l'influenza di idee deliranti parziali.

Per queste continue lotte gl'infermi per altro si affaticano molto; ma se la causa va molto in lungo non la conducono affatto con la feroce soddisfazione che risente il querelante nell'eseguire l'insano còmpito della sua vita. Al contrario i pseudo-querelanti sono molto infelici nelle lunghe liti, desidererebbero vivere in pace, senza però poter trovare per la loro cattiva indolo la strada per farlo. Talvolta il togliere la principale causa d'irrequietezza dovuta ad un qualsiasi mutamento delle condizioni di vita può indurre una evidente tranquillità, se pure un'altra occasione non produca nuove liti. Solo nella vecchiezza gli infermi divengono più apatici e più indifferenti, ma qualche volta anche più ostinati. Non ho mai osservato che i pseudo-querelanti siano diventati in seguito dei veri querelanti; malgrado la loro esterna somiglianza, io credo che questi due quadri morbosi sianò completamente diversi. Nei casi che trattiamo si tratta di una forma di predisposizione personale che esiste fino dalla prima gioventù e che perdura essenzialmente immutata. Negli altri casi invece abbiamo a che fare con un processo morboso, che si inizia in un determinato tempo e che ha il suo logico decorso. Però mi è noto un caso nel quale la moglie, benchè si sia rifiutata ostinatamente ad ogni esame, era presumibilmente una vera querelante, mentre il marito sottoposto completamente alla sua influenza mostrò completamente i tratti del quadro morboso qui de-

scritto: Avvicinandosi al campo della normalità le forme di pseudo querulomani si mutano gradualmente nelle manifestazioni comuni di individui irritabili, litigiosi, prepotenti.

Il *trattamento* dei pseudo-querelanti, come facilmente si comprende è quasi nullo. Un transitorio soggiorno in Clinica, il trasloco in un nuovo ambiente non colpito da antecedenti discordie può avere un effetto calmante, come pure l'abolizione di determinate cause di dissidio e il pacifico intervento di uomini di fiducia. L'abolizione permanente della libertà è sopportata molto male dagli infermi.

XV.

Gli arresti di sviluppo psichico

Se nelle diverse forme della pazzia degenerativa abbiamo imparato a riconoscere i sintomi delle morbose deviazioni di sviluppo, ci rimane ancora da occuparci di quelle forme della personalità psichica che si presentano con un *incompleto* o *con un precocemente interrotto sviluppo della vita psichica*. In contrapposto della degenerazione si dà a queste il nome di arresti di sviluppo psichico (1). È però facile comprendersi che i due processi qui distinti si debbano in realtà legare l'uno con l'altro nel modo più svariato. Infatti vediamo spesso, anche clinicamente, apparire le manifestazioni della pazzia degenerativa nel campo degli arresti di sviluppo psichico; nel quadro psichico completo predomina ora più il fatto della deviazione ora più quello della insufficienza.

La causa degli arresti di sviluppo psichico si è portati di cercarla primieramente in un semplice arresto dello sviluppo cerebrale. Però questa spiegazione secondo le nostre osservazioni, è indubbia solamente per una certa parte di casi, di preferenza per le forme più lievi. In altri casi invece si tratta di veri processi morbosi che ledono la corteccia cerebrale in via di formazione. Noi possiamo ammettere che questa differenza fondamentale nel modo di origine dovrà riscontrarsi anche nei sintomi clinici. Infatti noi conosciamo tutta una serie di arresti di sviluppo psichico, le cui manifestazioni concomitanti indicano con grande certezza che sono dovute a malattie cerebrali. Sfortunata-

(1) Crailsheimer, *Ueber Idiotie und Imbecillität. Diss. Strassburg*, 1896; Berkhan, *Ueber den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn*, 1899; Sollier, *Psychologie de l'Idiot et de l'imbécile*, 2. *Aufl.*, 1901 (1. *Aufl. Deutsch v. Brie* 1891); Sioli, *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, LVII, 102. [*Morselli e Tamburini* – Contributo allo studio sperimentale delle degenerazioni fisiche e morali: Idioti. 1876].

mente una distinzione veramente netta delle forme sotto questo punto di vista è fino ad ora assolutamente impossibile, anche perchè le nostre conoscenze dei fini mutamenti cerebrali è ancora troppo insufficiente per permettere sempre una giusta spiegazione. Questa ultima circostanza ci impedisce anche, laddove possiamo dimostrare anche attualmente processi morbosi non dubbii, di giungere ad una conoscenza più profonda di essi e di prendere punti di appoggio per un aggruppamento dei quadri clinici. I tentativi fatti per una divisione veramente causale degli arresti di sviluppo psichico non hanno dato sinora un soddisfacente risultato neppure dal punto di vista anatomico; si comprende facilmente come anche meno abbiano dato rispetto alla clinica.

In tali circostanze per ora non ci resta altro che delimitare alcuni quadri di sviluppo psichico, scientificamente quasi senza valore, ma praticamente tuttavia utili, confrontandoli opportunamente con i singoli gradi di età dell'uomo normale. All'ingrosso noi possiamo distinguere così quei casi i quali si arrestano per tutta la loro vita allo stato infantile circa fino al 7.° o 8.° anno, e quelli che sorpassano questo periodo, ma senza giungere alla completa maturità. Il primo gruppo viene indicato col nome di *idiozia*, l'ultimo con quello di *imbecillità*. Se si vuole, l'imbecillità può essere divisa in due gruppi inferiori, il primo dei quali comprenderebbe il periodo corrispondente al periodo scolastico fino agli anni dello sviluppo, l'ultimo i gradi intermedi tra i periodi suddetti e quello della completa maturità. Queste forme più debolmente lesive si potrebbero contrapporre in senso ristretto alla imbecillità più profonda col nome di « *debolezza* » o « deficienza ». In tale aggruppamento noi non dovremo mai dimenticare che si tratta solamente di un semplice paragone. In realtà i quadri clinici non corrispondono forse affatto ai periodi di sviluppo di un bambino normale, ma, sono forse, « caricature » di essi, perchè alle semplici imperfezioni della capacità psichica si associano sempre aggiunte e difetti morbosi.

A. *L'imbecillità.*

Nel campo dell'imbecillità riscontriamo principalmente due gruppi di quadri clinici che si distinguono l'uno dall'altro per il grado della *eccitabilità psichica* degli infermi. Noi indicheremo questi due gruppi col nome di forma *apatica* e *agitata* (forme anergetiche ed eretistiche). Il carattere fondamentale del primo gruppo è dato dall'*apatia* e dalla *insensibilità*. Agli infermi manca la capacità di elaborare un gran numero di impressioni e di esperienze della vita. La loro conoscenza del mondo

esterno si limita a ciò che vedono direttamente e a ciò che è più vicino; tutto quello che sorpassa questo limite sta fuori dell'orizzonte intellettuale e rimane quindi inosservato. Forse la causa essenziale di questa limitazione si deve ricercare in ciò, che le rappresentazioni mantengono le loro forme sensoriali, sicchè non ha luogo alcuna fusione delle singole impressioni in idee generali. Nei nostri infermi solo ciò che è isolato e ciò che è piccolo entra a far parte del tesoro della esperienza senza elaborazione del concetto, senza percezione dei rapporti generali, senza raggiungere più estesi punti di vista. Ciò che è essenziale non viene separato dal casuale, non vengono riconosciute le fondamentali conformità e diversità; ma vengono ricoperte da occasionali aggiunte. Questa imperfezione nella formazione dei concetti suole risaltare molto distintamente quando s'invitano gli infermi a confrontare cose loro ben note e a dire quali sono le differenze. Allora di solito si fissano alcune caratteristiche inferiori, senza che l'infermo si renda conto dei segni distintivi più essenziali. Nuove impressioni non trovano alcuna eco per fatti simili avvenuti nel passato, ma sùbito senza ordinarsi distintamente, le percezioni isolate si uniscono l'una coll'altra. Manca appunto quella risonanza psichica che nell'uomo normale accompagna continuamente coi lievi suoni sempre mutevoli degli antecedenti ricordi, la conduttrice melodia del decorso rappresentativo.

Così avviene che tutto il cerchio ideativo dell'infermo, fatta astrazione da un certo dominio delle percezioni registrate ogni giorno, resta povero e si muove per lo più sulla medesima via. Il decorso ideativo è goffo, e, come Buccola ha dimostrato per mezzo di misure, è rallentato. Il giudizio degli infermi, per la loro incapacità a formarsi un concetto indipendente, è molto limitato, incerto, e spesso viene decisamente influenzato da dati tessuti a memoria, da riflessioni altrui (frasi vuote di senso). Un riassunto sopra il rapporto dei fatti della vita, una previdenza estesa delle conseguenze delle azioni proprie od altrui non si ottiene; la forza immaginativa, la capacità di risvegliare spontaneamente e di unire liberamente le idee acquistate è sviluppata incompletamente.

La *memoria* degli infermi suole essere fedele solo nei tratti più grossolani. Alcuni particolari poco importanti vengono conservati talvolta con grande tenacia, mentre altri fatti importanti vengono completamente dimenticati. I racconti degli infermi sono perciò frequentemente mal-sicuri, perchè omettono alcune cose, altre ne mutano, altre ancora ne aggiungono. Nel riferire più volte gli stessi fatti questi infermi o ripetono letteralmente, oppure dimostrano varie contraddizioni. Nei due casi è molto difficile potersi formare un concetto non solo se il

fatto ha avuto luogo realmente, ma spesso anche se l'infermo parla erroneamente di propria volontà, o distrattamente o in buona fede. Per lo più gli infermi sono spensierati, distratti, smemorati. Essi sogliono quindi acquistare pochissime conoscenze che dimenticano rapidamente, terminato il periodo di tempo della scuola. Molti non sanno i nomi dei mesi nè l'ordine dei giorni, riconoscono le monete solo dalla grandezza, possono al massimo fare dei conti con l'aiuto delle dita, non sanno il nome del sovrano regnante, nè della capitale dello stato. Essi dicono che non hanno mai pensato a queste cose; che non hanno bisogno di saperle. Invece spesso i fatti importanti direttamente per la loro vita quotidiana sono abbastanza bene fissati. Gli infermi sanno quanto debbono pagare per mangiare e per vestire, in quali stagioni debbono essere compiuti i lavori della campagna, conoscono i nomi dei membri più noti del loro ristretto ambiente.

La *coscienza* degli infermi non e in genere offuscata; riconoscono il loro ambiente, comprendono le domande loro rivolte e dànno risposte coscienti, sebbene in generale molti insufficienti e con difficoltà. Spesso ritornano nelle loro frasi sentenze conosciute e parole rafforzanti il discorso, talvolta anche le parole della Bibbia. Non si può parlare di comprensione della malatt a; questi infermi si credono completamente normali, spesso chiedono la loro libertà per vivere da soli, sono solamente poco accessibili riguardo al loro stato reale.

A motivo della limitazione dell'orizzonte psichico i fatti della propria personalità acquistano per l'infermo una importanza del tutto sproporzionata. Quanto più scarso è il potere di osservazione, tanto più importante è la parte che l'*io* occupa nella vita. Così avviene che in questi casi si sviluppa un accentuato *egoismo* dapprima nel decorso ideativo e in seguito anche dei sentimenti. Il bene e il male fisico, le azioni giornaliere, la soddisfazione dei desideri più diretti come il mangiare e il bere, il possesso di cose che sembrano degne di essere desiderate, restano sempre il centro di tutta la vita psichica. Tutte le impressioni che non hanno relazione evidente con questo punto lasciano l'infermo indifferente, non destano affatto il suo interesse e passano senza lasciare traccia. Spesso anzi mancano all'infermo perfino i rapporti sentimentali più naturali per i parenti più prossimi. Il benessere di questi risveglia forse al massimo la loro invidia, e il rammarico superficiale della perdita dei genitori viene spento rapidamente dalle pompe dei funerali e dalla gioia per i nuovi vestiti a lutto. Ancora più indifferentemente si comporta l'infermo di fronte ai dolori altrui; da ciò la brutale insensibilità alla vista di miserie e di

disgrazie, da ciò la ingenua crudeltà che questi infermi manifestano tanto spesso nel tormentare gli animali come, nelle loro azioni criminose. Uno dei miei infermi sofferente anche di corea tentò in pieno giorno di uccidere con la scure la vecchia madre che lo curava con ogni abnegazione, per venire in possesso di un libretto di risparmio. Gli fu impedito di far cio e fu condannato all'ergastolo; però egli giunse dopo poco tempo al manicomio.

L'*umore* degli infermi è uniforme, indifferente, talvolta timido, ansioso, ma spesso anche fatualmente allegro in modo infantile. Talora possono presentarsi anche scoppi di eccitamento passionale, specialmente quando gli infermi si irritano o quando si credono danneggiati od offesi. Nel loro modo di comportarsi sono in generale inoffensivi, docili, accessibili a buone, ma anche a malvagie influenze, sono capricciosi e talvolta ostinati e testardi. Un cattivo trattamento li fa divenire resistenti e violenti. Allora possono facilmente verificarsi atti vendicativi, specialmenle quelli che non richiedono una speciale energia, come incendiare, tagliare piante, ecc. Lo stimolo sessuale resta il più spesso incompletamente sviluppato o prende vie anormali, tanto più che la soddisfazione naturale incontra difficoltà, dato lo stato mentale degli infermi. Non sono rari i tentativi di stupro, ma specialmente i tentativi osceni sopra bambini e sopra animali. Le inferme si danno in braccio al primo venuto; una delle mie inferme fu dovuta ricoverare nel manicomio perchè aveva già partorito otto bambini illegittimi e con infantile confidenza affermava che ciò non sarebbe più accaduto. Gli infermi non sono capaci per lo più di una indipendente attività; ma sotto buona direzione possono essere occupati al lavoro, ma senza un vero zelo e senza intelligenza. In certi casi si è anche osservato lo sviluppo di qualche speciale attitudine tecnica al lavoro come la disposizione per la musica, per il disegno, ecc., senza però presentare una spiccata capacità anche in questi campi.

Le forme più lievi di questa deficienza mentale non sono facilmente riconosciute; esse passano senza limiti distinti tra le forme comuni di limitazione mentale. La importanza pratica della incapacità psichica aumenta naturalmente con le speciali esigenze della vita per ogni singola persona. Nei rapporti più semplici gli infermi malgrado la limitazione del loro giudizio e del loro orizzonte possono trovarsi ancora abbastanza bene, senza che vengano ritenuti come infermi, perchè essi con l'aiuto della memoria sono padroni di una certa somma di esperienza e percorrono regolarmente il cerchio usuale delle loro occupazioni con sicurezza meccanica. Però perchè ciò avvenga è necessario

che non cambi nulla neanche nelle condizioni esterne. Una delle mie inferme che con grande fatica aveva imparato a cucinare qualche cosa nella cucina di una trattoria, usava per tre o quattro persone la medesima quantità di uova che le era servita per una grande *table d'hote.* Quando questi soggetti sono colpiti da una emozione violenta, oppure debbono prendere una decisione, o sono soggetti a qualche tentazione, quando lo stato delle cose richiede prudenza, energia e indipendenza nelle azioni, si manifesta subito tutta la loro incapacità psichica ed emotiva, la quale però viene giudicata per lo più non sotto il punto di vista di malattia, ma sotto quello di cattiveria morale. Specialmente le aumentate esigenze del servizio militare scoprono non raramente la vera estensione della debolezza mentale che si manifesta con la incapacità a imparare, con la ostinatezza e con la insubordinazione. Conseguenze di un giudizio e di un trattamento errato di simili stati sono il grave e ostinato rifiuto di obbedienza, la diserzione, vie di fatto contro i superiori e talvolta anche tentativi di suicidio.

Le manifestazioni della deficienza psichica si presentano per lo più molto presto. Al tardivo insorgere dei primi indizi di attività psichica, del sorridere, dell'imitazione, del parlare, della tendenza a giuocare, succede il non fare progressi alla scuola, se pure la incapacità di una indipendente elaborazione psichica non venga dapprincipio nascosta da una semplice attività mnemonica. I bambini sono tardi, pigri, poveri di idee, inintelligenti e per la loro scarsa disposizione al lavoro psichico divengono lo scherno dei loro compagni. Solo a stento prendono un po' di pratica nel leggere e nello scrivere e ancora meno nel fare conti. Imparano penosamente a memoria una certa quantità di modi di dire, di fatti storici e di nozioni geografiche, per poi dimenticarli ben presto, perchè la materia non vivente non ha per essi alcun legame con le osservazioni della vita reale. Spesso essi sono ostinati, difficili ad essere educati, hanno tendenze a commettere azioni cattive (giuocare con il fuoco, commettere piccoli furti), a dire bugie, a commettere indecenze sessuali: sicchè debbono venir ricoverati in case di correzione e di educazione. Negli anni dello sviluppo la debolezza psichica si fa più manifesta, sia che questi invalidi psichici si distinguano, per le aumentate esigenze della vita, di più dai loro compagni normali, sia che in questa epoca in certe circostanze non solo intervenga un vero arresto, ma anche una parziale regressione dello sviluppo psichico. Questi ultimi casi sono forse in una certa parentela con alcune forme della *dementia praecox.* L'avvenire di questi infermi suole essere diverso a seconda della scelta della professione che

non può essere mai durevole per la incapacità intellettiva; e infine si giunge ad una inattiva vegetazione in famiglia, sufficientemente spesso alla mendicità abituale, al vagabondaggio e alla prostituzione.

Nelle *forme eccitate* della imbecillità noi riscontriamo soprattutto una grande disattenzione e una grande distraibilità. Gli infermi percepiscono con sufficiente rapidità, ma non con esattezza, non si lasciano incatenare da impressioni, invece si rivolgono subito ad un qualunque nuovo oggetto per abbandonarlo subito dopo. Perciò non si giunge mai ad una profonda e generale, e neppure, ad una vera elaborazione psichica. Le impressioni vengono percepite solo superficialmente, rimangono solo per breve tempo nella coscienza, quindi spariscono completamente dalla memoria, sicchè non si ha uno stabile fondamento sul quale potrebbe edificarsi il successivo perfezionamento psichico. La memoria è malsicura e va soggetta a svariate falsificazioni; frequentamente si ha la tendenza al fantasticare. Anche l'*umore* di questi ragazzi va soggetto a rapidi mutamenti; essi sono capricciosi, mutevoli, irritabili. Risalta inoltre durante il lavoro una grande stancabilità e la dipendenza dall'ambiente. Essi sono distratti, volubili, perdono per ogni nonnulla l'equilibrio psichico, presentano grande irrequietezza e agitazione, non possono prestare attenzione e rimanere fermi, fanno movimenti, brutti visi, ridono senza causa, dicono tutto ciò che vien loro in mente. Non raramente si manifestano isolati segni isterici, specialmente stati di eccitamento o attacchi convulsivi. Non è il caso di spender parole per fare una netta distinzione tra questo quadro morboso e le forme *apatiche* dell'imbecillità, per quanto i contrasti sembrino talvolta molto salienti. Per lo più vi è un largo campo di transizione sul quale i descritti sintomi sembra che si leghino l'uno all'altro nel modo più svariato, sicchè l'aggruppamento è del tutto artificiale. Per ciò che riguarda la frequenza sembra che prevalgano le forme apatiche.

Gli studi che recentemente si sono potuti fare da medici nelle *scuole per deficienti* hanno dato interessantissimi risultati per quel che riguarda l'imbecillità. Fino ad ora molto di rado gli imbecilli cadevano sotto l'osservazione di medici alienisti, appunto perchè non erano creduti infermi. Da questi esami sistematici si è dimostrato innanzi tutto che gli imbecilli in complesso sono anche *somaticamente deficienti*. Così Doll riscontrò che i bambini delle scuole che non giungevano all'altezza della ordinaria istruzione, hanno di fronte ai loro compagni normali una minore ampiezza toracica, un peso e una altezza del corpo minore; questo ultimo fatto si presenta con grande facilità, forse a causa delle

alterazioni rachitiche delle ossa. Inoltre si riscontrò spesso lieve sordità e debolezza visiva. Specialmente importante è il fatto osservato da diversi autori riguardo alla incapacità a distinguere i diversi colori che non segue le regole ordinarie della cecità per i colori, ma corrisponde piuttosto alla deficienza di capacità a distinguere della età infantile. Molto considerevoli sono inoltre le deformità craniche, l'impiccolimento, più frequentemente ancora l'ingrandimento del cranio successivi a malattie rachitiche e idrocefaliche. Infine riscontriamo più diffusamente quelle numerose difformità e arresti di sviluppo che abbiamo imparato già a conoscere quali sintomi degenerativi; a questi si aggiungono quegli impedimenti funzionali pure a carattere degenerativo, tra i quali sono specialmene importanti i disturbi della parola. A tutto ciò si aggiungano ancora le tracce di malattia, rachitide, scrofolosi, sifilide. Molto frequenti sono anche le proliferazioni adenoidi delle cavità nasali e del faringe.

La proporzione degli imbecilli che non sono in grado di seguire le scuole dei bambini normali, sembra che oscilli presso di noi tra 0,5 e 1%. Tra questi il numero dei maschi sembra sia maggiore di quello delle femmine. Doll dice che tale fatto si riscontra con più facilità negli ultimi nati di quelle famiglie che hanno avuto molta prole e grande mortalità di figli; ciò parlerebbe per un esaurimento da troppa fertilità in razze poco resistenti. Una parte molto importante ha senza dubbio anche la predisposizione familiare a malattie mentali e nervose. Inoltre è almeno in apparenza importante l'illegittimità della nascita, nella quale deve essere presa in considerazione la probabile deficienza dei genitori e spesso anche influenze alcooliche. Doll in Karlsruhe riscontrò l'alcoolismo dei genitori nell'11,1% dei casi, Schmidt-Monnard in Halle nel 14%, Cassel a Berlino nel 29%. Sembra che la sifilide, e forse anche la tubercolosi e la rachitide dei genitori, abbia una certa importanza. Poichè è impossibile distinguere fondamentalmente i processi morbosi iniziatisi nella vita fetale e nei primi anni di vita, dovremo collocare tra le imbecillità anche quegli arresti di sviluppo che si manifestano nella prima infanzia per trattamenti brutali, per precoce abuso di alcool e infine per malattie infettive, specialmente per la scarlattina, più raramente per il morbillo, la difterite e la tosse convulsiva.

Quale base fondamentale dell'imbecillità si è ritenuto per lo più il semplice arresto di sviluppo del cervello, e appunto da questo punto di vista l'imbecillità si trova in contrasto con la idiozia, nella quale l'influenza dei processi morbosi è molto più evidente. Infatti non si potrà dubitare che le diversità della predisposizione psichica nello

stesso campo normale si basino semplicemente sopra uno sviluppo più o meno completo della corteccia cerebrale, senza che vi si mescolino processi veramente patologici. Anche quei gradi più alti della ristrettezza psichica e della confusione che riscontriamo nel quadro clinico della imbecillità, possono probabilmente sopravvenire in seguito ad un semplice arresto dello sviluppo cerebrale ad un grado imperfetto. Una simile atrofia può aver luogo sia in conseguenza di lesioni morbose generali, come p. e. per la degenerazione, sia per altre cause che hanno una influenza sfavorevole sull'organismo dei genitori, quali alcoolismo, sifilide, malattie gravi. Simili lesioni germinative possono quindi causare o un semplice arresto dello sviluppo somatico e psichico, oppure la mescolanza di quei caratteri che abbiamo antecedentemente rilevato nelle diverse forme della pazzia degenerativa. Noi potremo anche dire che questo ultimo caso che fa apparire la imbecillità solo come una forma speciale della degenerazione è forse la regola; io sono in dubbio nell' ammettere la esistenza di casi nei quali si possa parlare di semplice arresto permanente ad un determinato periodo dello sviluppo infantile, senza che vi sia alcuna manifestazione concomitante della degenerazione.

Ma abbiamo oltre a ciò motivo di supporre che anche la imbecillità abbia spesso come base veri *processi morbosi*, i quali non solo hanno impedito lo sviluppo della corteccia cerebrale, ma anche hanno distrutto parte di essa. Per il primo fatto parla innanzi tutto la frequenza di quelle deformità craniche che sono comprensibili solo in questo senso. CRAILSHEIMER riscontrò nei suoi imbecilli il cranio idrocefalico nel 10,2°/₀. Anche alla azione della sifilide noi dovremo talvolta pensare. Essa si manifesta sotto forma di lesioni meningo-encefalitiche o endoarteritiche, benchè simili reperti appartengano più al campo dell'idiozia. A me sembra che abbiano per tale questione molta importanza quei casi nei quali l'imbecillità si va gradualmente collegando ad una epilessia. In tali casi abbiamo a fare con una malattia della corteccia a decorso cronico e non con semplici arresti di sviluppo. Infine voglio anche ricordare i rapporti della imbecillità con la *dementia praecox*. Noi osserviamo non raramente che sul fondamento di una debolezza di mente esistente fin dall' infanzia si manifesta durante gli anni di sviluppo, e a volte anche più tardi, un peggioramento dello stato psichico, che porta con sè completamente i caratteri della *dementia praecox*. Ora questa coincidenza è troppo frequente per poter essere casuale; quindi io ritengo verosimile che in tali casi la apparizione della nuova malattia abbia solo il significato di un

risveglio dello stesso processo morboso che nella primissima infanzia ha prodotto la imbecillità; in altre parole, certi casi di imbecillità non sono altro, in realtà, che forme fetali e infantili di *dementia praecox*. Per tale fatto oltre le suddette ragioni mi sembra parli anche la circostanza che in simili malati la debolezza di mente porti seco quei tratti caratteristici che noi riscontriamo negli stati terminali della *dementia praecox*, quali apatia emotiva, contegno timido, inaccessibilità, accenni di negativismo, stranezze. Successive osservazioni ed analisi più esatte proveranno la giustezza di questa supposizione dal punto di vista clinico e anatomico.

Il *decorso* della imbecillità, data la natura della malattia, è molto uniforme. È vero che di solito si crede che nella debolezza mentale originaria possano insorgere senza speciale causa diversi disturbi psichici transitorii, quali stati di eccitamento e di depressione, disturbi psicosensoriali, idee deliranti. Secondo le mie osservazioni io consiglierei di essere molto prudenti ad ammettere tali supposizioni. Poichè la debolezza di mente in sè stessa non è in grado di causare l' insorgere di simili manifestazioni morbose, saremo obbligati sempre ad ammettere in tali casi un legame con altri disturbi. Questi appartengono talvolta alle note forme della pazzia degenerativa, quali stati di ansia, idee coatte, attacchi isterici. Inoltre si possono sviluppare negli imbecilli forme circolari di eccitamento e di depressione, che non debbono essere giudicate diversamente da quelle che compaiono negli individui che dapprima erano normali. Oltreciò riscontriamo le diverse forme di manifestazioni dell' epilessia quale espressione della stessa malattia che ha dato origine anche alla debolezza di mente. Di solito non mancano neppure quei tratti speciali che abbiamo antecedentemente riscontrati nella debolezza mentale epilettica. Quindi noi possiamo supporre che la lesione corticale epilettica, che in un caso ha dato origine dapprima alla debolezza di mente e poi agli attacchi convulsivi, in un altro caso abbia avuto l'andamento opposto, come molto spesso si ha il contemporaneo sviluppo dei due disturbi. Come già si è detto si deve comprendere nello stesso modo il rapporto di quei fenomeni morbosi che appartengono al quadro della *dementia praecox*. Anche in questi casi noi non abbiamo a fare con « sindromi » casuali sviluppantisi dalla imbecillità, ma con manifestazioni parziali dello stesso processo morboso che ha dato origine anche alla debolezza di mente. Del resto ciò vien reso chiaro ben presto dal progredire della imbecillità.

Da tutti questi argomenti si comprende subito che attualmente la imbecillità rappresenta un concetto collettivo che include tutta una

serie di forme morbose diverse. Sfortunatamente la nostra conoscenza dei fatti fondamentali più profondi della malattia è ancora troppo imperfetta per potere oggi distinguere con sicurezza i singoli elementi; ai quali certamente se ne aggiungono molti altri. Poichè per lo meno un grande campo della imbecillità appartiene alla pazzia degenerativa noi dovremo dimostrare i diversi passaggi alle forme di questa. Infatti esistono molti imbecilli che presentano accentuati disturbi isterici, altri invece aberrazioni sessuali o impulsi morbosi. Tra le forme apatiche dell'imbecillità morale come tra le forme eccitate e i bugiardi e gli imbroglioni esistono larghi campi di confine. Infine non è possibile una netta separazione dal campo normale, per lo meno per quelle forme che si basano su semplici arresti di sviluppo. Invece di solito non avremo nessuna difficoltà a distinguere questi casi dalle forme di debolezza di mente acquisita. In tali casi è normale la sproporzione tra il sapere e il potere che nella imbecillità tende verso l'ultimo e negli stati di debolezza di mente acquisita verso il primo. L'imbecille ha scarse conoscenze, si limita a conoscere ciò che è più necessario e più vicino, ma egli si trova meglio nella vita giornaliera di quel che si potrebbe credere data la educazione; egli può molto più di quel che sa. Al contrario nell'acquisita debolezza di mente, che ha forse il significato di uno stato terminale della *dementia praecox*, noi riscontriamo un certo patrimonio di conoscenze, ma l' infermo non è in grado quasi di farne un qualsiasi uso, perchè il profondo disturbo volitivo gli ha tolto la possibilità di disporne liberamente e inoltre esiste grave alterazione nei rapporti tra il pensare, il sentire il volere. L' infermo quindi sa senza confronto più di ciò che è in grado di fare. A ciò si aggiunge che notoriamente non sarebbe stato capace di acquistare mai le conoscenze che possiede se si fosse sempre trovato in quello stato di debolezza di mente in cui si trova. La importanza di questa distinzione sta specialmente nel fatto che la imbecillità che si fonda sull'arresto di sviluppo è uno stato essenzialmente immutabile, mentre nella demenza acquisita si debbono attendere gravi manifestazioni morbose o il progredire della demenza. Naturalmente le caratteristiche suddette non si riscontreranno nei casi nei quali sin dapprincipio abbiamo a fare con un processo morboso appartenente alla *dementia praecox*.

La esatta conoscenza delle cause della deficenza mentale ordinaria renderà possibile forse in seguito un intervento per *prevenire* la malattia. Oltre all'impedire i matrimoni di persone psicopatiche o predisposte si dovrà prendere in seria considerazione la lotta contro l'alcool,

contro la sifilide e la tubercolosi e infine il miglioramento delle condizioni generali della vita delle classi proletarie e la lotta contro le malattie di queste classi stesse. Se il mutamento proposto da BREKAN riguardo al nutrimento delle donne che hanno ripetutamente dato alla luce bambini incapaci di vivere o bambini imbecilli darà successi, co lo dirà l'avvenire; in ogni modo bisognerebbe raccomandare di abolire le dosi ordinarie di birra e di vino. Il trattamento dei singoli casi consiste principalmente in una opportuna educazione e, secondo le circostanze, nello sviluppare per quanto è possibile le capacità esistenti: tutto ciò potrà dare risultati abbastanza soddisfacenti. Il còmpito è sempre quello di abituare gli infermi fin dalla giovinezza ad una regolare occupazione adatta alle loro forze e alle loro caratteristiche. Le vie che conducono a tale scopo sono numerose; però soprattutto vi ha bisogno di una grande pazienza, di una fermezza uguale ed energica e di una conoscenza affettuosa delle singole personalità malate.

Di grande importanza e dare a tempo in mano ad educatori esperti i bambini in pericolo. Le ordinarie organizzazioni delle scuole non possono prendere sufficiente cura di questi soggetti a causa degli altri normali; di più i ragazzi deboli di mente sono un peso insopportabile alla istruzione e sono esposti facilmente agli scherni e al disprezzo dei compagni. In molte grandi città si sono quindi fondate classi speciali per deficenti; nelle quali la educazione di questi mezzo invalidi psichici viene raggiunta in un tempo più lungo e con l' aiuto di speciali mezzi di insegnamento che non si usano nelle classi ordinarie (1). La scelta si fa per così dire per funzione dell' insegnamento stesso, perchè vengono eliminati dalle scuole dei normali quei bambini che non dànno speranze di giungere alla fine dell'anno. Da ciò si dimostra la necessità del *medico per la scuola*, la cui importanza è sempre più evidente, sicchè è sperabile che in un tempo non lontano non sia possibile immaginare alcuna scuola numerosa senza che vi sia la sua cooperazione. Il medico avrebbe il còmpito di determinare il grado speciale dell'insufficenza e forse anche togliere le cause possibili di questa. Queste saranno date da malattie degli occhi e del-

---

(1) KALISCHER, *Was Können wir für den Unterricht und die Erziehung unserer schwachbegabten und schwachsinnigen Kinder tun?* 1897; LAQUER, *Die Hilfsschulen fur schwachbefähigte Kinder, ihre ärztliche und sociale Bedeutung*, 1901; *Uber schwachsinnige Schulhinder*, 1902; DOLL, *Ärztliche Untersuchungen aus der Hilfsschule fur schwachsinnige Kinder zu Karlsruhe*. 1902; DE SANCTIS, Atti dell'XI congresso freniatico italiano, 356; COLUCCI, idem 412, 1902.

l'orecchio, oppure da stati di debolezza generale. La asportazione delle proliferazioni adenoidi, dalla quale si sperò in altri tempi ritrarre grande vantaggio, rimane indubbiamente senza effetto se la causa della deficenza risiede realmente in una atrofia psichica e non solo in disturbi respiratori e della parola. I ragazzi che non fanno progressi neppure nelle scuole aggiunte trovano il ricovero migliore negli speciali Asili di educazione per bambini deficienti e difficili ad essere educati, i quali asili rimangono sotto la sorveglianza dell'alienista. Bisogna guardarsi dal far usare alcoolici, perchè ciò può condurre a imprevedibili alterazioni. Per gli adulti, quando le condizioni di famiglia non sono buone, oppure sono manifeste tendenze pericolose, è necessario il ricovero permanente in un Manicomio.

B. *L'idiozia.*

Sotto il nome di idiozia (1) si sogliono collocare tutti quei *gradi più alti di debolezza psichica, la cui origine risale o al periodo fetale o ai primi anni della vita.* Poichè anche in questo caso manca a noi tuttora una più esatta conoscenza dei processi causali, ma specialmente la possibilità di una determinata spiegazione dei singoli casi durante la vita, dobbiamo limitarci, attendendo miglior luce, a distinguere i diversi gradi dell' arresto di sviluppo psichico. È bensì vero che a causa della facilità di passaggio tra l'una e l'altra forma questa delimitazione non si può dire assoluta. Come fondamento distintivo si è usato per lo piu il comportamento della parola (mancanza completa, presenza di alcune parole, graduale sviluppo più ricco della loquela), perchè difatti lo sviluppo della attività della facoltà intellettiva sta in intimi rapporti con la loquela. Però la capacità a parlare non corrisponde sempre alla capacità molto più importante del *comprendere*. A me sembra quindi più opportuno, prendendo in considerazione questi stati, di riferirli al contegno delle facoltà fondamentali psichiche, cioè della *percezione cosciente del mondo esterno*. Vero è che anche in questi casi non si potrà avere una delimitazione ben netta perchè i disturbi possono naturalmente essere sviluppati in campi

(1) EMMINGHAUS, *Die psychischen Störungen des Kindesalters*, 243 f.; SOLLIER *Idiotie et imbecillité*, 1891; J. VOISIN, *L'Idiotie*, 1893; PELLIZZI, *Studii clinici ed anatomo-patologici sull' idiozia*, 1901; BOURNEVILLE; *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.*

diversi della vita psichica in diverso grado. In generale ci troveremo in ciò d'accordo con la proposta molto nitida di WILDERMUTH, il quale ravvicina, comparandoli, i singoli periodi dello sviluppo infantile normale con i segni distinti della atrofia nella idozia. WILDERMUTH distingue due gruppi principali, il primo dei quali corrisponde al periodo fetale o al tempo di poco successivo alla nascita, mentre il secondo gruppo comprende quelle forme che si arrestano ai diversi periodi della prima infanzia. Nelle forme più basse della idiozia è completamente impossibile la percezione di una impressione per la mancanza di attenzione. Non si riesce con una qualunque eccitazione, a risvegliare l'interessamento dell'infermo, sicchè è molto difficile determinare se gli organi di senso siano eccitabili. Gli infermi non accolgono alcuna impressione, non imparano a conoscere il loro ambiente e sono incapaci d'avere chiare rappresentazioni, formare giudizi e conclusioni; non si può neppure parlare d'una vera coscienza del proprio io. La vita sentimentale limitata al mutamento di oscuri sentimenti generali e le azioni che da questo provengono e che al massimo hanno ancora rapporto con la nutrizione, fanno l'impressione di azioni impulsive. Gli infermi non sono per lo più affatto eccitabili nel senso emotivo. Essi non sorridono, non si spaventano, non esprimono alcun dispiacere insudiciandosi, non hanno alcun piacere vedendo preparare il cibo o se si fanno loro piccoli regali; al massimo il piacere si manifesta con movimenti di pendolo di tutta la persona, con sgambettio, con l'emettere un rumore con la bocca; la fame o un dolore fisico si esprime con grida uniformi, col rotolarsi a terra, col fare brutte smorfie. Nel mangiare non procedono ad alcuna scelta, invece divorano spesso avidamente anche sassi, calce, pezzi di stoffa, di legno, pezzi di metallo e anche i loro escrementi; non mostrano alcun desiderio di appropriarsi oggetti, non prendono giuocatoli, non giuocano, non gridano se si toglie loro un oggetto. Sono incapaci delle azioni più semplici, e opportune; p. e. non sono in grado di togliere l'indice dalla bocca quando l'hanno messo per caso in mezzo ai denti; non fanno movimenti di difesa quando si pungono sempre al medesimo posto, benchè talora facciano dei versi con la faccia o gridino. L'espressione del volto rimane per lo più stupida e vuota; però nell'idiozia *acquisita* può dimostrarsi ancora intelligente malgrado la deficenza più profonda.

Non esiste alcuna traccia di uno sviluppo della parola. CRAILSHEIMER riscontrò completa mancanza di parola nel 36,3 °/₀ dei suoi infermi. Gli infermi emettono solo suoni uniformi, inarticolati, talvolta con ripetizioni ritmiche se vengono in qualche modo eccitati. Uno dei miei in-

fermi poteva, malgrado ciò, ripetere cantando giustamente ed a alta voce alcune melodie. La deambulazione e la stazione eretta è possibile solo molto tardi o affatto; tutti i movimenti sono inetti e goffi. Talvolta gli infermi dimostrano una certa irrequietezza, corrono intorno senza scopo e toccano tutto, gridano, strofinano ostinatamente tutto con la saliva, si rodono le unghie, si tirano i capelli e i vestiti, si masturbano impulsivamente. Il completo *sviluppo somatico* di questi profondi idioti è considerevolmente ritardato. I bambini non possono spesso nè camminare nè rimanere in piedi e talvolta neppure sedere; quando vengono presi in braccio, cadono come qualche cosa di floscio. La dentizione è ritardata e irregolare; molto frequenti sono gli attacchi convulsivi. Gli infermi deperiscono rapidamente se non hanno un trattamento affettuosissimo, che prenda cura senza tregua della loro nutrizione, della pulizia, ecc.

Uno sviluppo un po' più alto della vita psichica si ha in quei casi nei quali con impressioni accentuate può venire eccitata per alcun tempo l'attenzione dell'infermo, benchè non si possa guidare l'attenzione stessa per cause interne. In tali casi percezioni sensoriali distinte giungono alla coscienza e si può forse anche formare un numero limitato di immagini semplici, che però sono spesso molto incomplete e mancano di interna coerenza. La memoria mostra, specialmente riguardo alla rapidità al ritenere, una scarsissima capacità attiva. GALTON riscontrò che anche gli idioti meglio disposti e con facoltà mnemonica per essi straordinaria, potevano ripetere subito in modo giusto al massimo file di 3 o 4 lettere pronunciate lentamente, mentre bambini normali della stessa età potevano ripetere senza difficoltà 7-8 lettere. Gli infermi quindi imparano solo lentamente e imperfettamente a leggere un po', o a fare conti, non conoscono l'orologio, non comprendono la importanza del danaro o del tempo. La capacità a trovare in percezioni differenti elementi comuni, ciò che è la base della formazione dei concetti, è scarsissima; le rappresentazioni rimangono essenzialmente nel grado di quadri mnemonici sensoriali che però talvolta posseggono sufficiente vivacità.

Un esame molto interessante sul contegno dei legami associativi ha compiuto WRESCHNER (1) in una idiota, nella quale egli con l'aiuto dei testi mentali di SOMMER raccolse per un lungo periodo di giorni una serie di associazioni e determinò la loro durata. Per questo

(1) WRESCHNER, *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, VII, 241.

studio si è messo in evidenza come il decorso del processo associativo sia considerevolmente rallentato e come sia minima la varietà delle associazioni, benchè una fissazione delle associazioni, che in eguale condizione si rileverebbe molto nettamente nei normali, fosse appena riconoscibile. L' influenza dell' esercizio si manifesta essenzialmente con un miglioramento nel valore delle associazioni. La massima parte delle associazioni erano di minimo valore, davano solo le rappresentazioni più vicine, molto spesso unioni di suono, specialmente ciò avveniva con parole difficili; spesso non si ebbe alcuna associazione. Molto preferite erano le associazioni oggettive e davano un risultato migliore, però è dubbio se ciò non sia un reperto del tutto personale.

La parola, come la intelligenza, e nell'istesso tempo i rapporti psichici con l'ambiente sono in generale poco sviluppati; rimangono per lo più al grado infantile nella imperfetta formazione di frasi, nel miscuglio di parole riempitive incomprensibili, nella povertà del patrimonio verbale. Un esempio di ciò da il seguente scritto:

« La mia vita si è arrestata; con ciò si fa un bel saluto; la mia vita ha già bene. Si ha bel piacere; io sto di nuovo attento mezzogiorno. Se già è mezzogiorno, alle due, allora alle due se mi deve vedere, presto parte un treno diretto, un treno diretto delle due. Alle tre è già a Mosbach allora io presto sarò a Mosbach, hai sentito? Devi stare bene attento. Ecco fischia il treno, lo senti, allora puoi vederlo, puoi venire tu all'asilo di Mosbach io posso festeggiare a Mosbach il Natale. Machs, il signor ispettore, un bel saluto, se deve essere un bel saluto, se deve essere un anno, si deve rivedere presto; se mi vuole rivedere volentieri un dottore mi ha già insegnato di stare attento. . . . . ».

Di queste goffe espressioni forse si comprende ancora presso a poco il senso, cioè che l'infermo Max vorrebbe tornare a Mosbach a passarvi il Natale, ma come avviene nei selvaggi questo desiderio si riveste di una vivace enumerazione di cose che dovrebbero avvenire. Tra queste frasi si ripetono frequentemente le espressioni che per mezzo dell'insegnamento l'infermo acquista.

Lo stimolo alla imitazione che è così accentuato nel bambino normale, la tendenza correlativa a giuocare, a occuparsi, ecc. ha in questi soggetti una piccolissima parte. Gli infermi si stancano molto facilmente, non sanno subire per un certo tempo alcuna stimolazione. Non riflettono, non fanno alcun progetto per l' avvenire, non hanno pensieri, vivono da spensierati giorno per giorno. I sentimenti egoistici, grossolanamente sensoriali, dominano l'*umore* dell'infermo e forniscono solo gli stimoli per le azioni dirette alla soddisfazione di impulsi

momentanei. Benchè la preferenza e il possesso altrui possa risvegliare le invidie negli infermi, questi però non hanno alcun sentimento della insufficienza e dipendenza loro. Non esiste una profonda tendenza per alcuna persona, al massimo un certo attaccamento da cane; gli infermi non sono grati dei benefici ricevuti: non risentono nostalgia separandosi dalla famiglia, non soffrono per la morte delle persone per le quali hanno mostrato attaccamento. Con un trattamento inadatto, brutale, può svilupparsi una grande irritabilità e un contegno chiuso, cattivo, vendicativo. Talvolta si hanno tutto ad un tratto scoppi accentuati d'ira, quando non vengon soddisfatti i loro desiderii; gli infermi minacciano di metter fuoco, per futili occasioni cercano di commettere pericolose cattiverie,cercano di distruggere e occultamente di strangolare piccoli bambini. Lo stimolo sessuale manca completamente, oppure fin dai primi anni della vita è accentuato, e allora può giungere alla masturbazione senza riguardo e nelle donne alla « ninfomania ». Non raramente esiste la tendenza a compiere tentativi violenti sessuali specialmente sui bambini. Spesso gli infermi sono ingordi, sudici nel mangiare, prendono il loro cibo in un cantuccio, mettono le dita nei piatti. In casi speciali si sviluppano certe capacità parziali specialmente sorprendenti, quali la memoria meccanica per le parole, per i numeri e per i suoni, o qualità tecniche di semplice natura; uno dei miei infermi poteva subito dire il giorno della settimana riferibile ad ogni data dell' ultimo anno. Un altro che in altre cose era pochissimo abile, ritagliava molto abilmente con le forbici le figure e guardava volentieri figure, disegni di costruzioni e di macchine. Altri ancora si occupano con disegni infantili o amano appassionatamente la musica.

Secondo la facilità con la quale l'attenzione può venire attratta o deviata, si possono distinguere due gruppi che in realtà si possono dividere solo nei casi più accentuati: gli *apatici* (anergetici) e gli *eccitati* (erotistici). Gli infermi del primo gruppo percepiscono solo lentamente e incompletamente ciò che avviene loro intorno; il loro decorso ideativo rimane difficile e fiacco, la memoria insufficiente a causa della povertà del patrimonio rappresentativo e a causa della mancanza di collegamento tra le singole rappresentazioni, e si muove per lo più per alcune vie comuni. Gli infermi ripetono più volte le medesime domande, non giungono mai ad una conclusione; possono però, anche senza comprenderle, ripetere con grande fedeltà frasi di lingue straniere. L' umore è per lo più incoloro, indifferente, mostra spesso una certa goffa bontà. Nelle forme eccitate l' atten-

zione attratta or qua, or là, riempie la coscienza di un contenuto colorito, ma senza intima coerenza, che perciò viene rapidamente dimenticato. La capacità all'istruzione in tali casi suole essere minore che nelle forme più gravi. Un rapido cambiamento superficiale dell'umore, una indocilità, una inopportunità, e una estesa irrequietezza e mobilità senza scopo completano il quadro. Gli infermi battono le mani, bussano, toccano tutto, saltano, gesticolano, fanno brutti versi col viso, si mettono le dita nella bocca e nell'orecchio, rompono, corrono, gridano senza tregua, si possono trattenere solo per brevi momenti. Fisicamente sono spesso ben formati, ma hanno forme infantili ed esili.

È naturale pensare che esistono tra le forme estreme qui descritte molte forme di passaggio, ma i singoli casi mostrano anche nelle loro caratteristiche psichiche ed emotive tratti personali. Nelle più gravi forme di idiozia invece si rimane sorpresi talvolta della grande uniformità di alcuni infermi nel loro contegno somatico e fisico. A volte sul fondo dell'idiozia si sviluppano disturbi psichici transitori, specialmente stati di agitazione epilettica o attacchi maniaci-depressivi. Secondo quello che riferisce Wildermuth sembra che in questi casi si abbia una periodicità completamente simile a quella che osserviamo negli stati terminali della *dementia praecox*. Anche immagini coatte, impulsi coatti, fughe insensate e talvolta anche tendenze al suicidio, non sono rare. Io ho visto un bambino che cadde in grave ansia al sentire le parole « scimmia » e « ovatta ». Quando gli fu messo avanti un pezzo di ovatta scappò via e supplicò insistentemente di portarlo via. Talvolta si riscontrano idee di persecuzione e di grandezza espresse in modo infantile.

Nella diversità degli stati che noi riuniamo sotto il nome collettivo d'idiozia, non possiamo meravigliarci se anche nel *campo somatico* si riscontrano grandi varietà dei segni morbosi. In media si riscontra un minore sviluppo della statura fino al nanismo; insieme si ha un arresto di sviluppo delle varie parti del corpo, *habitus infantilis*, mancanza della barba e dei peli del pube, poco sviluppo dei genitali, criptorchismo, mancanza delle mestruazioni, tardiva, irregolare e deficiente dentizione. I sensi speciali, specialmente l'udito, ma anche il gusto e l'odorato sembra spesso che siano molto ottusi, in parte certo a causa della difficoltà dell'attenzione degli infermi.

Inoltre si osservano con frequenza maggiore o minore quei disturbi di sviluppo che si sogliono considerare come sintomi di degenerazione, deformità degli occhi, delle orecchie, del palato, del

naso e delle ossa facciali, e specialmente una falsa posizione del mascellare e dei denti. Wildermuth ha potuto constatare simili irregolarità nell'8 % dei casi. Inoltre si riscontrò spesso aumento o mancanza dei riflessi tendinei, come pure si dimostrarono disturbi di coordinazione negli arti inferiori, nei muscoli oculari (nistagmo) e specialmente nel parlare: scandimento delle sillabe finali, parola esitante, a tratti balbettante, deficente articolazione di alcune o di più consonanti, con mutilazioni o defigurazioni delle parole (1), inoltre molto spesso scrittura a specchio, specialmente nelle fanciulle, goffi e poco abili tutti i movimenti, incoercibili movimenti concomitanti, succiamento della lingua, ruminazione, scolo di saliva, enuresi, tendenza a insudiciarsi. Molto frequenti sono anche i segni che indicano precedenti malattie cerebrali, paralisi e paresi unilaterali, contratture, spasmi (in alcuni casi rigidità di tutto il corpo), flaccidità delle articolazioni, arresti di sviluppo parziali, abolizione o aumento unilaterale o bilaterale dei riflessi, convulsioni a forme svariate, movimenti coreici, atetosici, ruminazione, arrotamento dei denti, afasia. L'*epilessia* è la malattia che accompagna più facilmente il quadro morboso della idiozia e che, secondo riferisce Wildermuth, si riscontra circa nel 30 % dei casi. Non di rado, specialmente nei bambini, fin dai primi anni della vita si manifestano attacchi epilettici di diverso genere che vanno da accentuati attacchi convulsivi sino alle forme più leggere, e debbono essere considerati come sintomi sfavorevoli per la prognosi. Se l'epilessia si sviluppa in periodi successivi, allora la sua importanza è molto minore.

Tra le *cause* (2) dell'idiozia, finchè si tratta di semplici arresti di sviluppo sembra abbia una certa importanza la predisposizione ereditaria. Noi abbiamo già antecedentemente detto che l'idiozia, e forse non senza ragione, è stata compresa quale ultimo anello nella catena della *degenerazione familiare*. Wildermuth riscontrò una predisposizione ereditaria nel 70 % dei casi. Una parte importante ha l'alcoolismo dei genitori, come aveva già riferito Demmes; Bourneville riscontrò tra 1000 casi 471 volte alcoolismo del padre, 84 volte della madre, 65 volte dei due genitori; in 171 casi mancarono notizie sicure. Questo autore riferisce che 57 infermi erano stati generati durante lo stato di ebbrezza dei genitori, e per 24 tale fatto era probabilissimo. Pare inoltre che la consanguineità tra i genitori favorisca

---

(1) Berkhan, *Ueber Störungen der Sprache und der Schriftsprache*, 1889.
(2) Piper, *Zur Aetiologie der Idiotie*, 1893.

lo sviluppo dell'idiozia. però ciò non è affatto sicuro. Gravi malattie e violente scosse emotive della madre durante la gravidanza sono state riconosciute anche quali cause della idiozia. PIPER ha attirato l'attenzione sulla frequenza della tubercolosi nelle famiglie degli idioti. Nelle forme di idiozia acquisite dopo la nascita, il cui numero è circa $^1/_3$-$^1/_4$ di tutti i casi, hanno senza dubbio una grande importanza etiologica le malattie infettive, quali il tifo, il vaiuolo, la scarlattina, più raramente la difterite, il morbillo e l'erisipela. Inoltre esiste certamente ancora tutta una serie di lesioni che colpiscono il cervello dei bambini che possono dare origine all'idiozia; per lo meno le manifestazioni di irritazione cerebrale nei bambini di tenera età (delirii, convulsioni) sono, come è noto, molto frequenti, sebbene di solito non residuino gravi conseguenze. Forse influiscono su tali fatti le sostanze tossiche intestinali. Inoltre dobbiamo considerare tra le cause la sifilide ereditaria, che WILDERMUTH constatò nell'11,8 °/₀ dei suoi infermi; forse anche si deve pensare alla rachitide. Di grandissima importanza causale è l'uso precoce dell'alcool per « rinforzare » i bambini deboli per mezzo di vino generoso ordinato dal medico; anche di grande importanza è l'asfissia durata a lungo durante o dopo la nascita. STOLPER riferisce che il 13, 8 °/₀ di idioti sono venuti a luce in seguito a parto prolungato o per mezzo del forcipe; FLETCHER BEACH parla invece del 30, 7 °/₀. Probabilmente avviene spesso in tali casi una rottura dei vasi sanguigni dovuta agli spostamenti ed alle pressioni da parte dello stretto bacino. Con grandissima frequenza si ritrovano tra gli idioti i primogeniti; il 45 °/₀ sono gemelli.

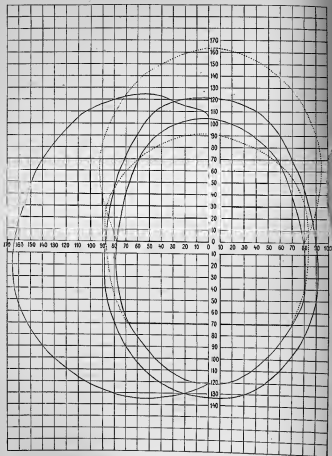
Un secondo grande gruppo di cause è dato dalle lesioni traumatiche del capo. Quali cause indirette si debbono prendere in considerazione tutte quelle cause nocive, generali e personali della salute, che di preferenza colpiscono le classi più basse del popolo e che in questa o quella direzione possono influire in senso morboso sullo sviluppo del feto. WULFF ha messo in evidenza come negli idioti viene osservata spesso una sproporzione tra la grandezza del cuore e quella del resto del corpo: la spiegazione di tal fatto è per ora ancora incerta. Il sesso maschile prevale considerevolmente negli idioti; spesso si trovano in famiglie con molta prole, nella quale allora di solito diversi fratelli mostrano contemporaneamente anomalie di sviluppo più o meno gravi; io vidi una madre con 3 figli idioti e diversi bambini normali.

Una speciale importanza è stata attribuita da VIRCHOW alla influenza della precoce ossificazione delle suture craniche per lo sviluppo del cervello, perchè si cosideravano le precoci suture ossee quali cause della abnorme piccolezza o di forme asimmetriche del capo. Specialmente per gli studi di GUDDEN è stato dimostrato che per

lo meno spesso lo sviluppo del cranio è dovuto alle condizioni di sviluppo del cervello e non viceversa. Le leggi secondo le quali si verificano queste ultime condizioni non sono ancora ben chiarite, come quelle che riguardano lo sviluppo in generale; sembra però che la grandezza dei vasi sanguigni, la quantità, ma specialmente anche la qualità dei materiali nutritizii introdotti, possa avere una certa influenza. Naturalmente anche la forma del cranio, benchè non si possa ritenere che sia la causa dei disturbi cerebrali, è talvolta di grande valore, perchè permette fino ad un certo punto di concludere sulla natura di questi ultimi.

In realtà in circa la metà dei casi, come ha dimostrato WILDERMUTH, si riscontrano negli idioti deformità craniche. Anche KELLNER (1) nel 64 °/₀ dei suoi infermi riscontrò che il volume del cranio era maggiore che nei normali. Molto spesso si riscontrano cranii schiacciati, spesso di considerevole larghezza, specialmente in quegli infermi che presentano anche epilessia. In generale sembra prevalgano cranii con aumento della circonferenza orizzontale totale: per lo più sono in tali casi i segni di malattie idrocefaliche che si manifestano, con sporgenza notevole della regione frontale, con i parietali fortemente pronunciati e con la prevalenza del cranio sulla faccia. Una bambina idrocefalica di circa 8 anni che non può stare in piedi e nè camminare e che è sudicia, ma è capace di essere educata e riprodotta nella fig. 2 della tavola XI. Per dimostrare quali circonferenze possano raggiungere tali cranii riporto un diagramma, ridotto a metà, preso secondo il processo di RIEGER in idrocefalo adulto da me ossevato in Dorpat, che insieme a grave idiozia presentava atrofia dei nervi ottici e paralisi spastica unilaterale. Le due curve orizzontali sovrapposte e la curva sagittale sono a linea continua punteggiata. Si riconosce distintamente in tutte le curve l'ingrandimento del cranio verso l'alto, specialmente lo sporgere della fronte. La maggiore lunghezza del cranio raggiunge i 25,3 cm., di fronte a 17,5-20 cm. che si riscontra nel normale, la maggiore grandezza è di 187 cm. di fronte al normale 14,5-19 cm.; la maggiore circonferenza è di 79.6, di fronte a 52,1-57,5 cm. Oltre alle forme idrocefaliche si riscontrano spesso cranii ugualmente ingranditi in tutti i diametri. La figura XXX mostra un idiota profondo, muto, agitato, con capo grossissimo, senza manifestazioni paralitiche. La forma del naso e degli occhi, come pure la bocca aperta, ricordano forse il tipo mongolico, del quale parleremo in seguito; ma non esiste alcuna flaccidità, piuttosto una certa rigidità negli arti inferiori.

(1) KELLNER, *Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie*, LVIII, 61.

Fig. 29. — Idrocefalo

L'attenzione degli alienisti si è rivolta specialmente da lungo tempo alla *microcefalia*, la quale si manifesta o con una piccolezza simmetrica di tutti i diametri del cranio o più raramente col così detto tipo Azteko con la fronte fortemente sfuggente, con la parte posteriore del capo molto appiattita, simile alle deformità artificiali che si trovano nei crani degli antichi Peruviani. Un bambino microcefalo di 10 anni e mezzo, che è sudicio e non capace di educazione, e che inoltre può emettere solo suoni inarticolati e comprende poche parole, è riprodotto nella fig. 1 della tav. XI. In confronto con la idrocefalia riporto (figura XXXI) il diagramma cranico di un microcefalo di 50 anni. La maggiore lunghezza del cranio raggiunge i 14,7 cm., la maggiore larghezza i 12,2, la circonferenza orizzontale di 43,7 cm. La curva orizzontale anteriore, al contrario di quel che avviene nell'idrocefalo, è più piccola della posteriore. Nella curva sagittale, parallela in parte alla orizzontale posteriore, si riconosce distintamente la fronte sfuggente.

Tali anomalie sono naturalmente e necessariamente unite ad una piccolezza patologica del cervello, che, con una contemporanea idrocefalia, può essere ancora più considerevole di quel che si potrebbe supporre. Di solito però tali cervelli mostrano oltre alla loro piccolezza varie altre anomalie di sviluppo. Inoltre non si ritrovano in questi casi *quasi mai* le suture ossificate: invece molto spesso quelle suture che di solito si chiudono presto rimangono aperte. Poichè le suture craniche si chiudono non appena la contropressione del cervello diviene minore in un punto, così dalla forma del cranio si possono trarre conclusioni sopra il relativo sviluppo delle singole parti del cervello. La diminuzione della base del cranio (tribasilarsinostosi) va unita ad una atrofia delle parti inferiori del cervello; l'impicciolimento della convessità cranica in qualunque direzione con precoce ossificazione delle suture indica un minore sviluppo dei territori corticali sottostanti. Però con queste alterazioni limitate possono svilupparsi in altre direzioni gli *spostamenti compensanti* tanto del cranio quanto del cervello, i quali rendono possibile lo sviluppo sufficiente di tutte le singole parti cerebrali. Infatti riscontriamo non molto di rado deformità di grado abbastanza elevato in uomini psichicamente normali, anzi superiori: quindi dobbiamo considerare tali anomalie piuttosto come un segno della possibilità di altre contemporanee alterazioni, che quale causa necessaria di morbose lesioni funzionali. In ogni modo fino ad ora hanno per noi un interesse molto più antropologico e anatomico che veramente psichiatrico, tanto più che i tentativi per metterli in rapporto con determinati quadri clinici hanno avuto finora poco

successo. Solo sembra che l'atrofia della base del cranio sia in rapporto più intimo con le forme basse apatiche dell'idiozia, mentre la piccolezza eccessiva della scatola cranica con la fronte sfuggente si osserva per lo più nelle forme agitate, frequentemente accompagnate dall' epilessia.

Fig. 30. — Idiota profondo; ingrandimento totale del cranio.

Quale guida attraverso il labirinto degli stati morbosi dell'idiozia ci puó servire solamente l'*anatomia patologica* (1). Vero è che il ten–

---

(1) HAMMARBERG, *Studien und Klinik und Pathologie der Idiotie*, *Deutsch von W.* BERGER 1895; PFLEGER *und* PILCZ in *Obersteiners Arbeiten*, Heft V, 1897; PILCZ *Jahrbucher f. Psychiatrie*, XVIII, 526; MINGAZZINI, *Monatsschr. f. Psychiatrie*, VII, 429; KOTSCHETKOWA, *Archiv f. Psychiatrie*, XXXIV, 39; KÖPPEN, *Archiv f. Psch.*, XXX, 896; KÖNIG, *Deusche Zeitschrift f. Nervenheilkunde*, 1897, XI; ANTON, *Handbuch der patholog. Anatomie des Nervensystem von* FLATAU-JACOBSOHN MINOR, 416, 1904; WEBER, idem, 1440.

tativo di ottenere con il suo aiuto uno schema delle diverse forme morbose incontra oggi ancora grandi difficoltà. BOURNEVILLE, che forse possiede la più ricca esperienza in questo campo, distingue dal punto di vista anatomico i seguenti processi morbosi, che possono dare origine alla idiozia. 1.° Meningite cronica; 2.° Meningo-encefalite cronica; 3.° Alterazioni delle cellule nervose senza grossolane deformità; 4.° Sclerosi tuberosa ipertrofica; 5.° Sclerosi estesa o circoscritta insieme ad atrofia; 6.° Rammollimenti da endoarterite obliterante o da emorragia; 7.° Idrocefalia; 8.° Mixoedema; 9.° Difformità originarie, porencefalia; 10.° Microcefalia. Già da questa enumerazione si riconosce distintamente che la base dell'idiozia è molto lungi dal dimostrarci che si tratti di una unica malattia.

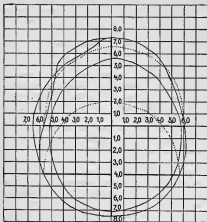



Fig. 31. — Microcefalia.

Antecedentemente si era inclinati a concedere un grande campo alle vere deformità ed agli arresti di sviluppo. Non si può negare però che questa distinzione dei reperti ha per sè in alcuni casi la più grande verosimiglianza. Lo sviluppo istologico della corteccia cerebrale può arrestarsi ad un grado inferiore, e in alcuni casi, esaminati da HAMMARBERG

che in vita avevano presentato l'idiozia più profonda, lo stato della corteccia corrispondeva a quello che si riscontra nel 6.° mese fetale. Il numero delle cellule nervose era straordinariamente scarso, la loro forma e l'intima struttura ancora non completamente sviluppata. Non sempre l'arresto di sviluppo è ugualmente accentuato in tutte le parti del cervello; invece accanto a regioni non sviluppate ne esistono altre più avanzate, talora anche sviluppate abbastanza bene. Specialmente Miezzeyewsky ha dimostrato la possibilità di tali lesioni circoscritte. Nella fig. 2 della tav. XII io riporto una sezione di corteccia cerebrale di una idiota di 40 anni, che presentava profonde alterazioni e poteva pronunciare solo suoni inarticolati. L'arresto dello sviluppo corticale ad un grado embrionale si può qui ben riconoscere. La corteccia ha appena la metà dello spessore normale; le cellule sono poste in linee diritte strettamente addossate fra loro perchè nella sostanza reticolare interposta hanno raggiunto il normale sviluppo. Questa struttura corrisponde completamente non solo a quella dei neonati, ma anche a quella dei mammiferi inferiori. La differenza nella struttura e grandezza delle cellule è poco pronunciata; ciò però si riconosce solo ad un forte ingrandimento; le singole cellule hanno ancora conservato il loro aspetto pallido, rotondo, embrionale.

Tali forme sembra però che siano molto rare, tuttavia indicano forse che l'insufficiente sviluppo di parti cerebrali più o meno estese può avere semplicemente una origine teratologica.

Così la vera microcefalia che si basa sopra un arresto di sviluppo di tutto il cervello si associa anche alla micromielia. La vera microgiria suol consistere in ciò che certe masse midollari non si sviluppano e quindi si ha una atrofia delle regioni corticali corrispondenti. Anche per la porencefalia è stata talvolta ammessa una simile origine. Più chiara sembra la spiegazione per le deformità, dovute forse ad eterotipie, cioè allo spingersi della sostanza grigia per entro la sostanza bianca.

La causa ultima di tutte queste deformità si è cercata spesso in ritorni atavici. Carlo Voot, come è noto, credeva di aver trovato nei microcefali addirittura l'uomo-scimmia. Ciò è giusto fino al punto che, come ha dimostrato Mingazzini, rassomiglianze con gli animali si hanno sempre facilmente quando ha luogo una qualsiasi alterazione di sviluppo. Poichè il cervello percorre altrettante fasi di sviluppo corrispondenti a quella della serie animale, si comprende facilmente che se si arresta a questo o a quel punto ne viene impedita la completa formazione. Le influenze dannose più svariate per il germe, delle quali abbiamo già antecedentemente parlato, possono condurre a tali arresti. Richter ha emesso l'idea

che la mancanza del corpo calloso e la doppia porencefalia ad essa connessa possano derivare dalla anormale disposizione delle ossa temporali, per cui la pressione sul cervello in crescenza produce l'atrofia di quelle parti. Chi considera per altro i risultati delle ricerche di GUDDEN che dimostrano la grande, quasi incredibile capacità di reciproco adattamento tra cervello e cranio non potrà ammettere facilmente tale spiegazione.

Coll'aumentare il numero dei casi esattamente esaminati in questi ultimi tempi, sempre più importanti sono divenute le ragioni che parlano, nella grande maggioranza degli idioti, per *processi morbosi* come causa della idiozia. FREUD E RIE, KÖNIG, KÖPPEN e altri autori si sono dichiarati assolutamente favorevoli a questa opinione, che dalla nostra propria osservazione è completamente confermata. In prima linea debbono collocarsi le malattie *encefaliche* che dánno origine alle lesioni più svariate del cervello e quindi all'arresto e alla regressione dello sviluppo psichico. KÖNIG ha ricordato che dai casi di paralisi cerebrale infantile senza lesioni psichiche si giunge per gradi intermedii alla semplice idiozia senza paralisi. In certi disturbi *complicati* come convulsioni epiletticbe, movimenti involontarii, disturbi di coordinazione, paralisi dei muscoli oculari e infine anche nell'aumento emilaterale dei riflessi tendinei noi riscontriamo spesso gli ultimi residui della paralisi originaria. La fig. 3 della tav. XI mostra una ragazza di 14 anni ammalata nel 3.° anno di vita, idiota con emiparesi, emiatetosi ed epilessia. Si può anche osservare che nei bambini con sintomi d'encefalite acuta si sviluppa ben presto una idiozia che scompare poi completamente. La fig. 1 della tav. XIII riproduce la corteccia di un fanciullo encefalitico e idiota. Si riconosce in questo caso nei vasi sanguigni, specialmente negli strati più profondi, la stessa infiltrazione di cellule plasmatiche, come abbiamo riscontrato nella paralisi progressiva, e anche i vasi più piccoli risaltano ovunque più distinti che in altri luoghi. Tutto il campo è cosparso completamente di cellule di glia. Le cellule nervose sono spesso atrofiche e fortemente colorate.

Come dimostrano gli esperimenti fatti sugli animali tutte queste alterazioni gravi e accentuate possono scomparire in un tempo relativamente breve, fino a non rimanerne quasi più traccia. Perciò non possiamo riscontrare tali quadri in antichi idioti. Invece il reperto corrisponde molto frequentemente a quello della nostra fig. 2 della tav. XIII. Esso non si differenzia molto da quello della corteccia normale: solo le cellule nervose sembra siano meno numerose, però a questo riguardo è difficile potersi formare un sicuro giudizio. Al con-

trario, si dimostra un considerevole aumento della glia, le cui cellule di colorito pallido, e perciò riconoscibili più distintamente a forte ingrandimento, sono sparse in grandissima quantità in tutta la corteccia e alcune di esse sono indicate con la lettera *g*. Da tale reperto noi possiamo concludere che in tali casi hanno preceduto malattie corticali. Inoltre riconosciamo nelle cellule nervose esistenti, quasi ovunque, la alterazione cronica di Nissl. Riguardo alla natura della antecedente malattia corticale, questo reperto nulla ci chiarisce; esso rassomiglia a quelli che si riscontrano in seguito ad avvelenamento cronico, in alcuni casi di epilessia. Data per altro la grande frequenza della encefalite nella età infantile, che si manifesta coi noti sintomi di irritazione cerebrale dei lattanti, è da ritenere che molto spesso una guarigione con difetto rappresenti lo stato terminale di antiche encefaliti. Inoltre si può supporre che simili lesioni avvengano già nel seno materno, e che esse colpiscano alcune regioni corticali più intensamente, altre meno, provocando in certi casi, accanto alla parziale distruzione del tessuto nervoso, un arresto circoscritto di sviluppo in altre parti.

Ma anche le distruzioni più estese sono certamente abbastanza spesso la conseguenza di malattie encefalitiche, specialmente quando è colpita in modo speciale una regione circoscritta. Ciò vale soprattutto per la porencefalia. Si conoscono però forme di microgiria che sono prodotte dalla atrofia in seguito a distruzione della sostanza bianca; mentre altre sono da considerare come atrofie in seguito a lesioni meningo-encefalitiche. Esiste anche una pseudo-microcefalia nella quale la piccolezza del cervello è dovuta non ad un arresto di sviluppo, ma ad estese distruzioni. È appunto la facile scomparsa delle tracce morbose anatomiche che rende talvolta difficile potersi formare un concetto esatto in tali casi. Oltre alle alterazioni delle cellule nervose e della glia, sono di speciale importanza gli inspessimenti e le aderenze delle meningi come segni di degenerazioni secondarie. Alcuni di tali reperti indicano che possibilmente in certi casi anche ciò che può apparire una eterotopia si costituisce in seguito a processi encefalitici, ad aderenze e ad altre lesioni morbose.

Un'altra caratteristica malattia cerebrale che può condurre all'idiotismo è l'*idrocefalia,* della quale abbiamo già notato la influenza sulla deformazione del cranio. In casi gravissimi le cavità cerebrali smisuratamente dilatate vengono rivestite solo da una membrana sottile che contiene i residui della sostanza bianca della corteccia cerebrale. In tali casi si trova spesso una estrema magrezza delle membra, le

braccia e le dita sono lunghe e sottili, si hanno coutratture e tremori localizzati, diminuzione della capacità visiva, che può giungere fino alla completa cecità dovuta all'atrofia dei nervi ottici. Inoltre possono aversi atrofie localizzate dovute ad emorragie dei vasi della pia in seguito a parti difficili, per traumi al capo, per la compressione da essudati meningitici. Io riscontrai l'atrofia di ambedue i lobi temporali in un caso di idiozia, atrofia dovuta ad antichi ascessi dell'orecchio. Già in altro luogo abbiamo parlato delle lesioni di natura *sifilitica* che per mezzò di alterazioni meningo-encefaliche o endo-arteritiche portano all'idiozia: talvolta però producono il quadro della paralisi progressiva giovanile. I disturbi pupillari degli idioti si dovrebbero riportare con sufficiente sicurezza a questa causa.

Anche certe forme di profonda debolezza mentale originaria che si accompagnano a manifestazioni epilettiche e dimostrano anche gli stessi fondamenti anatomici, sono state ricordate parlando della epilessia. Invece, specialmente da Bourneville, è stata descritta una serie di casi di *sclerosi cerebrale tuberosa ipertrofica*, ai quali questo autore tende a dare un posto speciale. In questi casi si tratta di enorme proliferazione della glia a forma di tumori, che forse dobbiamo considerare come successiva manifestazione di una estesa distruzione dol tessuto corticale. Di quale natura però sia il processo morboso distruttivo, e se si tratti di una malattia a sè, non è ancora noto. Infine ricorderò brevemente « l'idiozia familiare, paralitica-amaurotica » (1), descritta per primi da Sachs e Tay, che sembra si presenti quasi solamente uegli israeliti e offre un quadro molto caratteristico. La malattia si sviluppa di solito in bambini fino allora apparentemente sani, nei primi anni di vita, con paralisi generale e atrofia del nervo ottico, conduce rapidamente a morte. Dapprincipio fu ritenuta tale malattia come una forma di arresto di sviluppo, ma considerato il decorso clinico di essa non potrà esservi dubbio che si abbia a fare con un intenso processo morboso. Per tale concetto parlano anche i più recenti reperti anatomici sebbene essi non abbiano ancora portato sicuri chiarimenti riguardo alla natura della malattia.

Un'altra forma di debolezza mentale congenita riscontriamo nel *cretinismo*, che in base al suo speciale modo di originare abbiamo già descritto a lungo. Kassowitz ha recentemente ammesso che anche altri disturbi nello sviluppo psichico e somatico potrebbero essere fondati

(1) Sachs, *Wiener Medicin. Wochenschrift*, 1898, 3; Frey, *Neurolog. Centralblatt*, XX, 836; Higier, idem, 843.

sopra antointossicazioni finora sconosciute. Egli ritiene ciò per la cosidetta *« idiozia mongoloide »* (1). Questa forma morbosa è caratterizzata da lineamenti appiattiti, dal naso largo schiacciato, da occhi inclinati, allungati, lingua grossa, cranio rotondo, rilassatezza accentuata delle articolazioni, ernia ombellicale, stitichezza ostinata; accanto a questi fatti si trovano anche altri sintomi degenerativi, ma non paralisi. Lo sviluppo psichico si arresta; gli infermi mostrano in generale un contegno allegro e vivace. Lo sviluppo osseo, oltre alla deficiente statura e ad una certa grossolanità delle membra, non dimostra considerevoli disturbi. In tali casi il trattamento con la tireoidina pare che migliori alcuni dei sintomi quali la stitichezza, l'ernia ombellicale, lo stato della nutrizione, mentre non è in grado di migliorare il quadro totale. Per portar luce sopra tale argomento sono necessarie ancora altre osservazioni.

Per concludere dovremo in breve ricordare quelle forme della idiozia che io tendo a ricercare tra le forme più precoci della *dementia praecox*. Noi riscontriamo in queste un contegno inaccessibile, recalcitrante, posizioni stereotipiche, manierismi e stranezze. Uno dei miei infermi aveva preso l'abitudine di urtare sempre la forchetta sul piatto, di agitare il suo cappello, di rimettere sempre nuovamente il cibo nel piatto quando mangiava, di raschiare il suo panino 20, 30 volte. Spesso si verificano anche movimenti impulsivi uniformi, ripetentisi ritmicamente, come, battere le mani, soffiare e sbuffare, muovere avanti e indietro il corpo sia seduti che in piedi, saltare, muoversi in giro. Uno di questi infermi di 23 anni, imbecille, apatico, inaccessibile e muto fino dall'infanzia, ma non sudicio e, che con le mani faceva sempre movimenti allargandole è rappresentato nella fig. 4 della tav. XI. Alcuni infermi si battono più volte ritmicamente il volto e poi piangono per il dolore, e dopo poco ripetono lo stesso se non vengono impediti. La simiglianza di questi quadri morbosi con gli stati terminali catatonici è spesso evidentissima. Vero è che una prova sicura per l'identicità dei due stati potrà darla solamente una anatomia patologica più completa.

Uno sguardo retrospettivo a questi argomenti, con i quali ora terminiamo, ci insegna che in avvenire il grande campo dell'idiozia si scinderà probabilmente in un numero di forme isolate, che dovremo collocare nei posti più diversi della nostra classificazione dei disturbi psichici.

---

(1) Neumann, *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1899, 10; Kassowitz, *Infantiles Myxödem, Mongolismus und Mikromielie*. 1902.

In parte ciò è stato fino ad ora già fatto con il cretinismo, con la paralisi progressiva giovanile, con certe malattie cerebrali familiari, ecc. Ma infine rimarrà ancora un certo residuo che sarà dato dai noti arresti di sviluppo, i quali hanno la loro base in processi degenerativi. A questi quadri sarà riservato nel senso più stretto il nome di idiozia.

La *prognosi* dell'idiozia, per la natura della malattia, è in generale completamente sfavorevole; l'idiota non sarà mai capace di raggiungere la maturità intellettuale dell'uomo normale sviluppato. Tuttavia è una questione di grande importanza pratica di conoscere nei singoli casi se lo stato presente permette di credere alla possibilità di uno sviluppo psichico successivo e se dato ciò, fino a qual punto l'infermo sia *educabile*. Nella prima infanzia non è in generale possibile formare un sicuro giudizio, anche perchè spesso i genitori si accorgono solo nel 3.° o 4.° anno di vita della esistenza di un difetto. Anche in seguito non è facile spesso fare una prognosi senza una lunga osservazione. La possibilità di attirare l'attenzione del bambino per alcun tempo, il rimanere a lungo di un ricordo (riconoscere gli oggetti, difendersi contro azioni sgradevoli subite prima), la prova di comprendere le parole rivoltegli possono essere considerati quali sintomi favorevoli, mentre l'insorgere precoce dell'epilessia rende grave la prognosi; perchè per lo meno nella metà di tali casi sopravviene, secondo Wildermuth la idiozia più profonda. Però anche per altre cause, non raramente, nel periodo di sviluppo si ha una spiccata regressione della capacità psichica. In certi casi noi vediamo aver origine dalla idiozia addirittura quadri morbosi ebefrenici o catatonici; noi possiamo ammettere che in tali casi si sia trattato dapprincipio di una forma di *dementia præcox*.

La durata media della vita degli idioti è relativamente breve. Mentre una parte di questi infermi muore in seguito alle conseguenze o a ricadute di malattie cerebrali, altri invece soccombono in seguito alle numerose lesioni alle quali sono esposti per la loro inattitudine psichica e somatica, e infine sembra che abbiano una minore capacità di resistenza di fronte a malattie eventuali e alle sfavorevoli condizioni di vita.

La *diagnosi* dell'idiozia presenta difficoltà considerevoli solo nella prima infanzia. Anche però in questa età alcuni sintomi, quali l'insensibilità alle influenze ed eccitazioni esterne, la mancanza delle ordinarie manifestazioni sensoriali per i bisogni naturali, nell'attaccarsi al seno materno, nell'avvicinarsi alla madre, oppure irrequietudine continua, grida ininterrotte, mancanza di attenzione, di riso o di pianto, il

conservare la posizione fetale delle membra, in seguito anche le manifestazioni di malattie cerebrali, come convulsioni, paralisi, ecc., possono rendere facile la supposizione di idiozia.

La certezza però sarà data solo dal successivo decorso, e cioè dall'iniziarsi tardivo del camminare e soprattutto dalla mancanza completa o parziale della parola e del comprendere le parole altrui. D'altra parte la distinzione dell'idiozia dalle forme più lievi della debolezza mentale sarà fino ad un certo grado sempre arbitraria; si sogliono in generale collocare al primo gruppo tutti quegli infermi nei quali lo sviluppo psichico ha potuto progredire dai primi anni dell'infanzia ad un massimo per ciò che riguarda la memoria, ma non ha fatto alcun progresso per ciò che riguarda la capacità di comprendere l'ambiente.

Per potere più esattamente giudicare i casi più lievi è stato raccomandato di esaminare il *sapere* e il *potere* di questi infermi facendo loro determinate domande che sono state parecchie volte modificate e in forma di utili elenchi come p. es. quelli di SOMMER e di SIOLI. Quando si è interrogato l'infermo sopra le sue condizioni familiari, si esaminerà dapprincipio l'*orientamento* locale. L'infermo deve dire dove si trova, come è giunto in quel luogo, che aspetto ha la casa e i dintorni del suo paese. Inoltre deve dire il giorno, il mese e l'anno, da quanto tempo si trova nell'Asilo, quanto tempo manca per giungere alla prossima stagione dell'anno, quando è nato e in quale successione nel tempo sono avvenuti i diversi fatti della sua vita. Finalmente deve render conto delle persone dell'ambiente di prima e di quello attuale, deve riferire i nomi, la posizione sociale, la condizione economica dei fratelli, dei vicini, delle persone più note del suo paese. Una seconada parte dell'esame dovrebbe riguardare le nozioni che l'infermo può avere acquistate. A questo esame appartiene innanzi tutto il fare i conti, lo scrivere, il leggere, la conoscenza dei pesi e delle misure, delle monete e dei francobolli, dell'orologio e della divisione del tempo, dei giorni della settimana e dei nomi dei mesi. Altre domande riguardano le regioni del cielo, i mutamenti della luna, le parti del mondo e i paesi stranieri. Per quanto riguarda la storia si domanderanno notizie delle ultime guerre, il nome del principe regnante e del suo antecessore, e anche i fatti che hanno fatto maggior rumore negli ultimi tempi. A ciò si uniscono delle domande riguardo alla provenienza delle leggi, al significato delle elezioni, dei partiti politici, riguardo al cômpito dei tribunali e delle autorità, riguardo all'uso delle tasse. Nel campo religioso si dovrà domandare ciò che è comune materia di studio, il Pater noster, i dieci comandamenti, l'importanza delle feste della Chiesa, le differenze delle

credenze religiose. Per poter rilevare lo sviluppo delle *idee morali*, bisognerà ricercare i concetti del peccato e del delitto, dei diritti, del dovere e delle convenzioni, della bugia, del giuramento, e dei castighi. I rapporti con i genitori, con i maestri e con i fratelli, i discorsi riguardo alle condizioni sessuali possono dare altri schiarimenti.

Una ultima serie di interrogazioni dovrebbe prendere di mira le *conoscenze pratiche* dell'infermo. Secondo l'ambiente nel quale l'infermo ha vissuto bisognerebbe scegliere le domande sull'agricoltura, sull'allevamento del bestiame, sui vari mestieri, ecc. A queste domande dovrebbero essere aggiunte altre riguardo alla condotta nella vita, alle retribuzioni e al guadagno, alle spese di nutrimento e di vestiario. È poi indispensabile un esame sulla capacità *psichica*, col fargli scrivere una lettera, fargli fare una descrizione e dei confronti, ricercare causa ed effetto, formare giudizi sul valore. Per l'esame di queste elevate attività dovrebbe presentare grandi vantaggi il metodo delle favole, elaborato in modo completo da MÖLLER.

Dalle manifestazioni dell'infermo così raccolte, e che naturalmente sempre secondo il grado della debolezza psichica, comprenderanno una estensione più o meno grande del pensiero umano, si potrà ottenere presso a poco una idea dello sviluppo psichico. Ciò però dovrà necessariamente essere completato con la osservazione della condotta nella vita. Si troverà allora spesso che di fronte a conoscenze assai scarse sta un potere psichico considerevolmente maggiore, che si dimostra molto più distintamente nel modo pratico di agire che nel rispondere alle domande. È appunto questa determinazione, che, come abbiamo già detto, ci dà il mezzo per distinguere gli arresti di sviluppo psichico dalle forme di debolezza mentale acquisite.

La *profilassi* della idiozia consiste nel combattere l'alcoolismo, lotta importantissima anche sotto questo punto di vista. Una grandissima parte dei 60000 idioti, che secondo KURELLA esistono in Germania, ha bisogno di cure speciali (1). Questa cura dovrà essere principalmente *pedagogica*, tenendo sempre in considerazione i consigli medici per ogni sin-

(1) SHUTTLEWORTH, *Mentally deficient children, their treatment and training*, 1893; BOURNEVILLE, *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés*, 1894; WEYGANDT, *Die Behandlung idiotischer und imbeciller Kinder in ärztlicher und pädagogischer Beziehung*, 1900; STRITTER, *Die Heilerziehungs und Pflegeanstalten für schwachbefähigte Kinder, Idioten und Epileptiker in Deutschland und den übrigen Europäischen Staaten*, 1902; *Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptiker, von* SCHRÖTER UND WILDERMUTH.

golo individuo. Abbandonati a sè stessi, oppure in ambiente sfavorevole, brutale, gli idioti sogliono deperire rapidamente, divenire simili a bestie, e divengono anche cattivi. Io mi ricordo di un piccolo idiota innocuo che fu dal padre incatenato con la migliore intenzione, perchè aveva tendenza a scappar via e nelle sue scappate capitò in varii pericoli, specialmente per maltrattamenti e burle dei vicini. Non è improbabile che molti di quegli uomini divenuti selvatici, che in periodi diversi sono stati trovati nelle foreste e descritti come casi di speciale degenerazione della razza umana (« homo sapiens ferus ») siano stati idioti smarriti nella foresta. Anche la cura familiare degli idioti più profondi porta non di rado a gravi difficoltà specialmente nelle forme eccitate. La laboriosa educazione di essi richiede una tale dose di amore, di pazienza e, soprattutto, di esperienza, quale non è possibile raggiungere quasi mai in famiglia: inoltre gli infermi per cattive influenze dei fratelli, per violenze, per trascuranze, per incendi che possono commettere, per tentativi sessuali possono diventare molto pericolosi.

Ben giustamente la cura degli idioti, che a poco poco è diventata una speciale professione, si compie in Asili appositamente fondati per i bisogni di questi infermi. Gli idioti al grado massimo trovano colà le cure, fisiche ed igieniche, mentre quelli capaci di essere educati vengono sottoposti a tentativi di educazione con metodi speciali. L'istruzione regolata in forma possibilmente facile ad esser compresa, cominciando dalle nozioni e dalle pratiche più semplici, la cura affettuosa, garbata degli impulsi emotivi, l'accuratezza nel promuovere lo sviluppo fisico considerando esattamente le caratteristiche personali di ciascun soggetto, sono i mezzi di aiuto principale per l'educazione degli idioti. In modo sistematico si comincia con insegnare a camminare, a fare uso delle mani, a porre in attività i singoli sensi, ad esercitare l'attenzione. Poi comincia il vero insegnamento nel distinguere le idee, nel comporre semplici giudizii, nel perfezionare la parola, nell'esercitare la memoria, nell'esercitarsi a lavori che possono servire in seguito per una professione. I risultati di questo lavoro pieno di sacrifici non sono naturalmente splendidi ed evidenti, ma hanno molto maggiore importanza di quel che si potrebbe dapprincipio credere. Un numero considerevole di invalidi psichici lascia ogni anno gli Asili per idioti, benchè non siano guariti, ma essi sono educati in modo da poter sviluppare permanentemente una utile attività in una cerchia modesta. È vero che anche questi congedati hanno ancora bisogno a periodi di una certa cura, perchè dimenticano facilmente ciò che hanno imparato con difficoltà, perchè non sanno sottostare ad esigenze maggiori, perchè

soggiacciono facilmente a suggestioni, si lasciano derubare, vengono spesso canzonati e burlati, cadono facilmente in miseria a causa della loro scarsa capacità. Bisognerebbe quindi che fossero protetti da Istituzioni di patronato ed anche collocati ad assistenza etero-familiare o in semplici ospizii.

Infine merita di essere ricordato come la cura degli idioti deve rivolgersi anche al campo somatico. Si dovrà aiutare con tutte le forze lo sviluppo fisico migliorando il sonno, combattendo la masturbazione (pulizia, abolizione di eccitazioni locali, sorveglianza) e facendoli muovere all'aria libera. Si cercherà di far scomparire gli attacchi epilettici con bromuro di potassio, bromuro di canfora (Bourneville), atropina, acido iperosmico (Wildermuth), onde impedire, per lo meno fino ad un certo grado, l'avverarsi del decadimento psichico. La strana proposta di Lannelongue di aprire il cranio dei microcefali per dare spazio al cervello creduto compresso, si basa sopra una così profonda confusione tra causa ed effetto, che è sperabile non abbia vita più lunga degli infermi che ne sono stati fino ad ora vittime.

INDICE ALFABETICO

A

B

D

E

F

G

H

I

K

L

N

O

P

R

S

T

U

V

Cretini adulti

Bambini cretini

A B C D E F

Gruppo di catatonici.

Gruppo di paralitici.

Fig. 1.

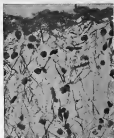



Fig. 4.

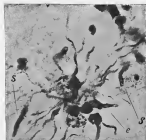



Fig. 2.

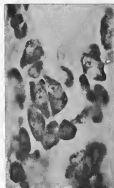



Fig. 3

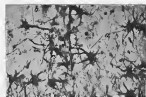
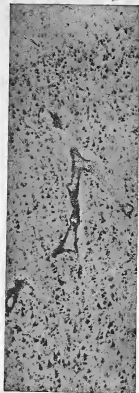
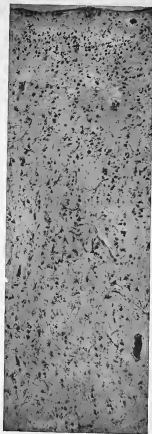
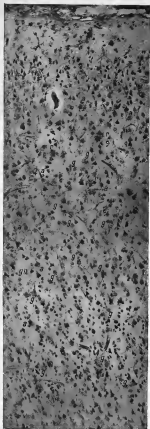
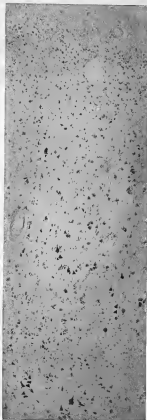



Fig. 5.

Fig. 6

1. Cellule di neuroglia nella Catatonia. 2. Cellule aracniformi nella paralisi progressiva. 3. Vasi con cellule aracniformi nella paralisi progressiva. 4. Fibre di neuroglia nella paralisi progressiva. 5. Vasi con cellule plasmatiche nella paralisi progressiva. 6. Cellule a bastoncello nella paralisi progressiva.

1.

2.

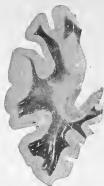
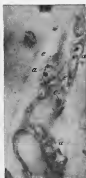
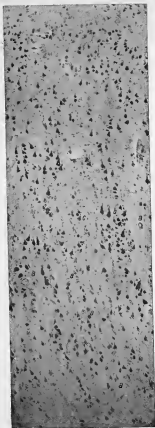
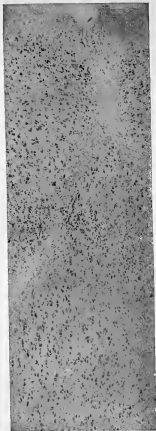
Corteccia cerebrale nella paralisi progressiva.

1.

2.

Corteccia cerebrale nelle malattie sifilitiche e arterio-sclerotiche.

a
b
c
a
a
a
a
a

1.

2.

1. Corteccia cerebrale nella demenza senile. 2 Disfacimento cerebrale senile

Gruppo di maniache.

Fig. 1. — Stupore depressivo.

Fig. 2. — Spomania.

Fig. 3. — Depressione.

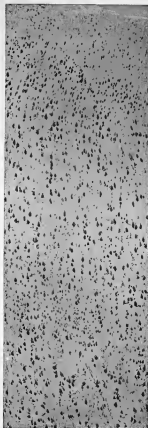
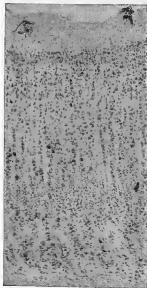
Fig. 4. — Stupore maniaco.

1. Microcefalia.

2. Idrocefalia

3. Paralisi cerebrale infantile.

4. Idiozia catatonica.

1. 2.

1. Corteccia cerebrale normale. 2. Arresto di sviluppo della corteccia cerebrale nell'idiozia.

1. 2.

1. Corteccia cerebrale in recente encefalite. 2. Corteccia cerebrale in antica idiozia.